Journal de Médecine et de Chirurgie

2

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU CANCER DE L'S ILIAQUE

ET DE

SON TRAITEMENT

PAR LE

Dr Louis MICAUD

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE A. BARDIOT

13, Rue de la Loire, 13

—

1902



Hommage de l'auteur
Quénu

DU CANCER
DE L'S ILIAQUE
ET DE SON TRAITEMENT

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE

DU CANCER DE L'S ILIAQUE

ET DE

SON TRAITEMENT

PAR LE

Dr Louis MICAUD

Ancien externe des Hôpitaux de Lyon

Ex-interne des Hôpitaux et de la Maternité de Saint-Etienne



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE A. BARDIOT

13, Rue de la Loire, 13

—

1902

A la Mémoire Vénérée de ma Grand'Mère

Mme GORINI

A MON PÈRE ET A MA MERE

AVANT-PROPOS

M. Duchamp, professeur agrégé de la Faculté de Lyon, notre maître dans les Hôpitaux stéphanois, a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail. Plus encore, il nous a prêté, dans cette circonstance, l'appui de sa grande autorité. Ce nous est le plus agréable des devoirs de lui apporter, à la fin de nos études, le modeste tribut de notre vive gratitude. Nous ne saurions oublier les précieux enseignements cliniques et la bienveillante bonté qu'il nous a sans cesse prodigués pendant les deux semestres que nous avons eu l'heureuse fortune de passer comme interne dans son service.

M. le professeur M. Pollosson, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un grand honneur dont nous sentons bien toute la portée.

A tous nos maîtres dans les Hôpitaux: MM. les professeurs Bondet et Renaut, MM. Drivon et Rollet qui ont dirigé nos années d'externat à Lyon, à nos excellents maîtres stéphanois : MM. Blanc, Cénas, Garand

et Roussel, nous adressons le sincère hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous nous rappellerons toujours les soins médicaux dévoués de M. le Dr Albertin, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, ainsi que l'intérêt qu'il a bien voulu nous montrer au cours de nos études.

Nous remercions également M. le Dr Tixier qui nous a donné une preuve nouvelle de sa bienveillance à notre égard en nous communiquant une observation inédite.

Nos excellents parents, tous nos bons camarades nous ont soutenu de leurs encouragements, de leurs conseils et de leur sympathie au milieu de nos longues études et de nos nombreux déboires. Nous en gardons, au fond du cœur, un souvenir ému et reconnaissant.

Puissent leurs vœux nous soutenir dans la bataille de la vie où nous entrons à contre-cœur, après quelques bonnes années d'internat qui furent malheureusement trop courtes !

INTRODUCTION

Réséquer une tumeur intestinale tardivement, après l'avoir abandonnée quelque temps, en dehors de l'incision cutanée, tel est le procédé que son auteur a appelé le procédé de l'exposition.

Notre observation VII est l'histoire d'une entérectomie après exposition, faite par notre maître, M. Duchamp. Elle nous a paru assez instructive pour servir de point de départ à ce travail. Mais, loin de vouloir ériger le procédé en *méthode habituelle*, nous nous sommes convaincu qu'il est, sans contestation possible, *un procédé d'exception*. Indépendamment de ses avantages, dont le principal est son innocuité presque complète, il offre des inconvénients qui limitent strictement son emploi.

C'est pourquoi nous avons voulu, dans notre travail, opposer l'une à l'autre l'entérectomie en un temps à cette opération en deux temps, la première si parfaitement séduisante, la seconde trop systématiquement méprisée peut-être.

Le cancer de l'S iliaque n'est plus une néoplasie banale dont l'étude se confond avec celles des tumeurs du gros intestin, indépendamment de leur siège. Il s'est peu à peu et nettement individualisé à la suite des recherches de nos devanciers.

Guidé par M. Duchamp, inspiré en outre de quelques importants travaux, presque tous contemporains, et de quelques observations nouvelles, nous nous sommes efforcé, dans le cadre restreint de ce travail, de conserver sa physionomie bien spéciale au cancer de l'S iliaque. Ses caractères anatomiques et cliniques nous ont apparu à nous-même, et apparaîtront sans doute à chacun, comme un ensemble de conditions essentiellement favorables à l'intervention du chirurgien, des conditions toutes théoriques si l'on veut, bien que parfaitement évidentes.

Ils constitueront l'objet de notre premier chapitre : véritable et logique introduction à l'étude du traitement, par laquelle nous terminerons ce travail.

Notre principal but, en entreprenant notre thèse, était d'ailleurs l'étude thérapeutique. Mais, d'une façon générale, et dans notre cas tout particulièrement, celle-ci s'enchaîne avec l'étude clinique et anatomo-pathologique, par des liens tellement puissants que nous n'avons pas cru pouvoir l'en séparer.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu d'anatomie pathologique macroscopique

Le plus souvent, le cancer de l'S iliaque est *un squirrhe annulaire à tendance scléreuse et atrophique.* L'anse malade en mains, il semble qu'on ait à ce niveau posé et serré une véritable ligature. Sous le doigt, la tumeur résiste, donne la sensation d'une petite masse dure et fibreuse.

L'intestin est-il fendu dans sa longueur, on note la diminution extrêmement accentuée de la lumière centrale qui laisse passer avec peine une plume d'oie ou même un stylet. Par quel mécanisme un malade peut-il vivre des semaines entières avec un rétrécissement aussi accentué? Quel mystérieux travail de filtration s'opère-t-il pour permettre aux matières fécales de franchir ce détroit? Telles sont les questions qui s'imposent naturellement à l'examen de semblables pièces sans qu'une solution logique puisse lever l'embarras où l'on se trouve de donner

une explication de ce phénomène : la disproportion marquée entre les troubles fonctionnels relativement peu intenses et le rétrécissement local très serré.

De l'intestin normal à l'intestin pathologique, la transition se fait insensiblement. La muqueuse s'élève sur le pourtour de la tumeur, de façon à la tapisser, dessinant dans son ensemble l'aspect d'un sablier. Cette muqueuse est elle-même, très souvent, le point de départ (1) de la néoplasie et, par suite, dans la majorité des cas, fait corps avec elle, subit le travail d'infiltration cancéreuse et peut même longtemps le limiter.

Localement, la tumeur occupe rarement un volume considérable sur la coupe, en raison de ses tendances à l'atrophie. En amont, il semble que l'hypertrophie musculaire de compensation, habituellement observée dans les cas d'obstruction d'un conduit organique, soit peu marquée ici, et en tout cas vite insuffisante. Le travail régressif des parois, leur prompte fatigue sous l'influence de la poussée des fèces qui butent contre l'obstacle puissant constitué par la tumeur, s'accompagnent rapidement d'une dilatation plus ou moins volumineuse.

Arrive un moment où l'extrême minceur de la poche intestinale peut même céder sous un nouvel effort et, en se rompant brusquement, déterminer la mort du malade par péritonite suraiguë consécutive à une perforation intestinale. Faisons remarquer le mécanisme de cette perforation, tout différent de celui décrit ordinairement par les auteurs qui se sont occupés de la question. C'est la paroi en apparence saine quoique dilatée de l'intestin

(1) GOULLIOUD. — Communic. au Cong. de Chir., 1900.

sus-jacent, et non pas la tumeur ulcérée qui détermine la rupture de l'intestin, et cette rupture se fait sous des influences multiples : la longue fatigue des parois ; une action persistante et prolongée des mouvements péristaltiques puissants dont l'effort s'exerce en vain sur la tumeur déterminant l'obstacle, et agit sur l'intestin en amont de celle-ci ; enfin, l'amas de débris alimentaires solides que les mouvements intestinaux brassent sans cesse et transforment en un dangereux instrument de déchirure.

M. Luys (1) avait déjà longuement décrit un cas de perforation survenu au cours d'une obstruction due ellemême à un cancer annulaire de l'S iliaque. MM. Goullioud (2) et Duchamp ont observé plus récemment, chacun de leur côté, un fait de ce genre : rupture de l'intestin en amont du néoplasme, la veille de l'opération.

---

(1) Luys. — Perforation du colon ascendant, au cours d'une occlusion intestinale, par cancer de l'S iliaque. In *Bull. Soc. Anat.*, juin 1899.

(2) M. le Dr Goullioud a bien voulu nous communiquer l'intéressante observation de son malade. Celui-ci, un homme de 58 ans, avait éprouvé des accidents intestinaux depuis six semaines environ : constipation, coliques, vomissements, etc. — Décidé à intervenir, M. Goullioud reçoit le malade dans son service. Pendant quatorze jours, rien de particulier, le malade avait bon appétit, présentait un état général excellent. Brusquement, le quinzième jour, éclatent des symptômes graves : fièvre intense (39°,5), phénomènes péritonéaux, etc.

Une laparotomie exploratrice montre l'existence, dans le péritoine, de pus et de débris alimentaires, vraisemblablement dus à une perforation intestinale. Le fait fut démontré par l'autopsie, la mort étant survenue le lendemain de l'intervention, qu'on avait terminée par la création d'un anus artificiel. Un squirrhe atrophique, de même nature que ceux que nous avons décrit, siégeait au-dessus de l'S iliaque, sur le colon descendant. A 10 centimètres en amont de la tumeur, existaient deux perforations de 4 à 5 m/m de diamètre, l'autre, de 1 m/m 1/2 environ.

Il est bien évident qu'une tumeur, ainsi limitée, à caractères si nettement atrophiants, a peu de tendance à contracter des adhérences avec les organes voisins. Les auteurs sont d'un avis à peu près unanime à ce sujet. M. de Bovis (1) signale l'absence d'adhérence dans la moitié des cas environ. M. Duchamp a presque constamment vérifié ce fait dans sa pratique. Toutefois, M. Quénu (2) aurait relevé la fixité ordinaire des cancers de l'S iliaque, et, pour expliquer la différence de ses vues dans l'interprétation de faits analogues à ceux de M. de Bovis, il ajoute que probablement « la distinction du colon iliaque d'avec l'anse ilio-pelvienne n'a pas été suffisamment précisée ».

Il nous semble à nous, que, pour éviter toute confusion en matière de tumeur de gros intestin, il faut préciser le siège. Brault avait déjà signalé l'opposition parfaite et complète qui existe entre deux espèces de tumeurs à peu près également fréquentes, celles du cœcum et celles de l'S iliaque ; les premières, en général, sont de volumineux encéphaloïdes adhérents, les secondes, de petits squirrhes mobiles. Et cliniquement, on peut faire avec de Bovis, la constatation grossière que « les gros cancers se trouvent de préférence à droite et les petits à gauche. »

M. Goullioud (3) revient à nouveau sur ce frappant contraste des néoplasies atteignant le cœcum de l'S iliaque et évoluant de façon si différente. Nous irons plus loin encore, et nous expliquerons les caractères différents de la tumeur, suivant le siège même de celle-ci sur l'S ilia-

(1) De Bovis. — *Cancer du gros intestin, rectum excepté.*
(2) Quénu. — *Rapport à la Soc. de Chir. de Paris,* 1900.
(3) Goullioud. — *Loco citato.*

que. Plus elle approche du rectum, plus son type avoisine l'encéphaloïde et s'éloigne de la modalité squirrheuse. Sur la frontière recto-colique, on ne retrouve pas habituellement nos petites tumeurs mobilisables et énucléables, on a affaire souvent à ces volumineuses néoplasies qui remplissent tout le petit bassin, non plus relevables de l'entérectomie idéale, mais d'opérations compliquées ; anus iliaque, évidement pelvien, pratiqué par double voie abdominale et périnéale. Tels sont, par exemple, les deux cas bien remarquables rapportés par M. Goullioud (1) et par M. Jonnesco (2).

Même dans les cas plus rares (Obs. III et V), où le cancer de l'S iliaque proprement dit constitue une véritable tumeur, ses caractères de tumeur facilement opérable persistent. Seule, sa morphologie change : ce n'est plus une virole ou une ligature passée sur l'intestin malade, c'est un manchon plus ou moins volumineux. Dans le cas de M. le docteur Gouilloud, la tumeur avait le volume d'une petite pomme ; dans celui de M. le docteur Imbert, elle était assez volumineuse pour être nettement sentie par la palpation à travers les parois abdominales.

L'étude du méso-colon iliaque n'est pas sans une certaine importance. Qu'il soit court et peu mobile, il rend impossible, ou difficile, voire dangereuse la manœuvre qui consiste à attirer l'anse pelvienne dans notre procédé d'exception. Assez souvent et assez longtemps, le méso conserve ses caractères de souplesse ;

---

(1) Goullioud. — *Loco citato.*
(2) Jonnesco. — Communic. au Cong. de Chir., 1900.

mais, dans certains cas, il se laisse gagner par un processus sclérogène, probablement de même nature que la tumeur. Ce point est, d'ailleurs, assez important et assez intéressant pour que nous y revenions plus tard, à propos du traitement.

Nous ajouterons quelques points à ce tableau anatomique. M. Goullioud les signale en se basant sur huit cas de sa pratique personnelle. M. Duchamp a toujours insisté, dans son service, sur leur importance et leur constance. D'abord, le cancer de l'S iliaque se généralise peu, ou du moins il ne se généralise que tardivement. Il ne récidive guère, ou laisse de très longues périodes de répit. (Voir nos observations.) Il laisse indemnes, dans un grand nombre de cas, les ganglions mésentériques. C'est peut-être la plus bénigne des tumeurs malignes.

En somme, tout autant de conditions favorables pour intervenir et pour fonder un bon pronostic sur une intervention bien menée, conditions légitimant aussi la résection tardive en deux temps, après exposition, malgré le peu de jour qu'elle permet dans l'abdomen, et malgré son apparente insuffisance.

CHAPITRE II

Caractères cliniques

L'anatomie pathologique vient de nous apprendre que le cancer de l'S iliaque est une très petite tumeur et qu'elle détermine sur l'intestin un rétrécissement très serré. Nous pouvons, dès lors, prévoir, au moins en partie, les symptômes qu'occasionnera une affection de cette nature. Ce n'est pas l'histoire d'un néoplasme qui va s'offrir à nous, mais bien plutôt l'histoire d'une obstruction ou même d'une occlusion de l'intestin.

Nous avons relu les observations publiées dans les journaux et dans les livres, celles plus récentes communiquées aux Sociétés et aux Congrès ; presque toutes offrent des tableaux cliniques bien spéciaux et généralement comparables.

Dans certains cas, heureusement peu fréquents, ce sont les phénomènes aigus d'une occlusion complète qui ouvrent la scène : arrêt complet des selles et des gaz, météorisme abdominal, vomissements bilieux, puis féca-

loïdes, état général extrêmement grave en quelques jours. Dans sa communication si intéressante au Congrès de Chirurgie de Paris, M. Goullioud conte l'histoire, que nous avons relatée plus haut, de son malade atteint depuis plusieurs mois de troubles intestinaux peu marqués. Il est enlevé par une péritonite suraiguë au cours d'une occlusion brusque. A l'autopsie, la poche intestinale sus-jacente au cancer était remplie de noyaux de fruits.

En règle générale, la caracinose que nous étudions débute cliniquement d'une façon moins tragique sur l'S iliaque que sur le reste de l'intestin. Le début insidieux est d'autant plus marqué qu'on approche de la terminaison de l'intestin.

La présence d'une obstruction semble laisser longtemps le malade dans un état relativement satisfaisant. Tandis qu'un rétrécissement de l'intestin grêle peut amener en quelques heures des symptômes péritonéaux redoutables, un squirrhe de l'S iliaque resserrant la lumière intestinale, même d'une façon aiguë, sera compatible pendant de longues journées avec un état général et même avec un état local d'une gravité non immédiate.

Quoi qu'il en soit, le cancer de l'S iliaque s'annonce à l'avance par des troubles intestinaux variés : coliques légères, installation presque constante d'une constipation remarquablement rebelle, plus rarement alternatives de constipation et de diarrhée, etc... Ou bien, on a affaire à une obstruction intermittente avec des phénomènes d'une intensité variable et avec des rémissions de durée très inégale.

L'issue est dans tous les cas identique ; si le chirurgien n'a pas été prévenu assez tôt ou si la tumeur a été aban-

donnée à elle-même, l'intervention finira par s'imposer. Après une série de crises d'obstruction légère, les symptômes d'une grande occlusion pourront s'installer peu à peu, s'aggraver à la longue et devenir enfin si inquiétants qu'on sera obligé, au moins momentanément, de s'en tenir à une opération de nécessité : la création d'un anus artificiel immédiatement pratiquée.

D'ailleurs, tandis que le cancéreux du cœcum prend rapidement l'aspect cachectique et la teinte jaune paille des néoplasiques (1), les tumeurs de l'S iliaque sont très longtemps avant de déterminer une action appréciable sur l'état général du sujet. On est souvent frappé de ce fait : l'embonpoint relatif, le bon appétit, la conservation des forces et de l'activité d'un malade de ce genre, contrastant avec l'existence, vieille de plusieurs mois, d'une tumeur de l'S iliaque accompagnée d'un rétrécissement très serré du calibre intestinal à ce niveau.

Il est dès lors du devoir du médecin de se mettre consciencieusement à la recherche précoce de la néoplasie. Il aura, pour se guider, quelques signes dont son expérience clinique lui fera apprécier convenablement la valeur. Avant tout, il recherchera les symptômes suivants : la constipation, la douleur, le mélœna, la présence d'ondes péristaltiques. Leur présence simultanée enlève tous les doutes, leur existence isolée peut être un précieux indice. Tous ces symptômes constituent d'ailleurs une association rationnelle ; ils s'expliquent mutuellement les uns par les autres, et s'ajoutent logiquement les uns

(1) Goullioud. — Communication à la Soc. de Chir. de Lyon, 1902.

aux autres, comme les anneaux d'une même chaîne. Ils sont, en un mot, fonction de la carcinose, en tant que rétrécissement.

La constipation existe presque toujours. Quelquefois, elle est coupée par moments de petites débâcles diarrhéiques probablement liées à de l'entérite développée sous l'influence du vice du circulus intestinal. Le plus souvent, elle est très ancienne. La malade de M. Goullioud (Obs. III) était constipée depuis deux ans ; celui de M. Duchamp (Obs. I) l'était depuis dix-huit ans. Aussi, voyons-nous ces sortes de malades avoir longtemps recours aux laxatifs et aux purgatifs. Nous avons déjà montré anatomiquement la cause du peu d'effet de ce traitement médical, nous aurons plus loin l'occasion de prouver quel peut en être le danger.

La constance de la constipation est même telle que M. Goullioud (1) la considère non plus comme un effet de la tumeur, mais comme la cause primordiale de tous les accidents, c'est-à-dire comme la cause de la tumeur elle-même. Sous l'influence des corps fécaux très durs (cybales, noyaux de fruits, etc...), la muqueuse intestinale irritée subirait un certain trouble de nutrition qui aboutirait objectivement au cancer.

En clinique, on aurait d'ailleurs tort de poser d'avance des formules immuables, les faits leur donneraient bien vite un démenti. C'est ainsi que le malade de notre Obs. VII n'a jamais été un constipé. Deux mois seulement avant d'être opéré, il s'apercevait que ses matières étaient au contraire plus molles que d'habitude. Des symptômes d'obstruction vraie l'ont arrêté brusquement quelques

(1) Goullioud. — Communic. au Cong. de Chir. de Paris 1902.

semaines avant que l'intervention ne permette de constater un rétrécissement cancéreux serré et bien organisé, dont la présence était sûrement vieille d'un assez grand nombre de mois.

On a pu voir le mélœna survenir et apporter un précieux élément de diagnostic. Nous n'avons jamais vu toutefois indiquer soit le mélœna, soit une hémorrhagie d'abondance notable dans nos observations, ou dans les observations antérieures que nous connaissons. Le plus souvent, les glaires sanguinolentes sont signalées, elles constituent un excellent signe. Dans d'autres cas, les matières fécales renfermaient des stries sanglantes plus ou moins accentuées. Nous ajouterons que l'absence de ce signe est fréquente.

Dans un certain nombre de cas, la douleur existe. Les observations signalent sa présence, mais insistent rarement sur son intensité. On comprend aisément qu'elle n'est pas fonction d'une compression nerveuse déterminée par les grosses tumeurs seulement. Elle est liée ici aux troubles locaux qu'amène notre petit squirrhe, même quand il paraît bien supporté par le sujet. Quand elle existe, cette douleur siège dans la fosse iliaque gauche, elle est sourde ; ses accès sont peu intenses, mais se prolongent longtemps. Ordinairement, elle est bien limitée, et ne donne pas d'irradiations.

A côté de cette douleur bien spéciale, existent les coliques dont le mécanisme est un peu différent ; elles sont, en effet, liées au péristaltisme exagéré de l'intestin, et leur caractère principal est, par conséquent, leur diffusion dans tout l'abdomen. Leur existence est d'ailleurs constante ; elles surviennent par crises de durée variable, mais d'intensité souvent très prononcée.

L'examen direct de l'abdomen, à son tour, pourra fournir son contingent de renseignements. Un peu de météorisme de l'abdomen, sous l'influence de la rétention plus ou moins complète des gaz ; d'autres fois la sensation donnée au palper de boudins stercoraux le long du colon feront penser à un obstacle situé plus bas, si les phénomènes existent depuis quelque temps déjà. Ces renseignements, rapprochés de ceux fournis par l'anamnèse et de quelques autres, pourront constituer un ensemble suffisant pour compléter une conviction jusque-là peu assise.

Le péristaltisme intestinal est habituellement très marqué dans cette maladie, d'autant plus marqué, bien entendu, que l'obstacle est plus serré et plus résistant. Il est, en somme, la manière de lutter de l'intestin qui cherche à se débarrasser de son contenu. L'œil et surtout la palpation méthodique permettront de suivre l'onde intestinale et de la voir s'éteindre dans la fosse iliaque gauche.

La recherche de la tumeur proprement dite paraît beaucoup plus illusoire. Nous l'avons vu plus haut, celle-ci n'existe le plus souvent pas. Elle se signale seulement sur l'anse malade, par l'atrophie d'une partie de celle-ci. D'autres fois, néanmoins, elle acquiert le volume d'un gros œuf, d'une pomme, et alors elle peut être perçue à la palpation. Il est bien évident que, dans ce cas, le diagnostic s'impose.

Il semble, que d'habitude, on puisse arriver à faire le diagnostic de tumeur de l'S iliaque. C'est quelquefois en ayant l'esprit attiré sur la possibilité d'une néoplasie à ce niveau et sur la fréquence relative de celle-ci chez des sujets assez bien portants en apparence qu'on arrivera à affirmer la diagnose.

Cliniquement comme anatomiquement, le cancer de l'S iliaque se présente avec des circonstances relativement favorables aux bons résultats d'une intelligente thérapeutique chirurgicale. « Mais, pour faire bénéficier le malade de ces conditions relativement favorables, il faut une intervention large, faite à froid, et aussi précoce que possible. » (Goullioud.)

CHAPITRE III

Considérations générales sur le traitement

Avant de commencer l'exposé critique des principales opérations applicables au cancer de l'S iliaque, nous nous proposons ici de donner un aperçu succinct des indications que doivent entraîner d'une part la présence reconnue d'une tumeur de l'S iliaque essentiellement opérable par ses caractères et par son siège, et, d'autre part, les circonstances diverses dans lesquelles elle s'offre, ou derrière lesquelles elle se cache au clinicien.

Médicalement, est-il besoin de le dire, l'affection ne peut obtenir que de bien infidèles et bien momentanés résultats. Le traitement médical est illogique. Il devient certainement dangereux à la longue ; il peut immédiatement amener des complications très graves.

C'est, en effet, au principal symptôme du cancer de l'S iliaque, la constipation, qu'il devra s'adresser. Laxatifs, purgatifs, drastiques même, voilà ce qui constituera, de préférence, la médication journalière de notre cancéreux. Or, nous

avons noté, avec preuves à l'appui, l'imminence possible d'accidents graves, l'existence habituelle de dilatation sus-néoplasique de l'intestin. Que fait un purgatif? Il exagère les contractions intestinales et brasse le dangereux contenu de la poche intestinale. Ces ondes musculaires viennent d'ailleurs se briser sans effet contre l'obstacle qui résiste.

Il se passe là un fait comparable à la rétention d'urine consécutive à certains cas de rétrécissement de l'urèthre. Le patient pousse en vain, met en jeu les contractions les plus puissantes. Mais toutes ses forces s'épuisent sur la barrière : c'est le canal qui se laisse forcer et ulcérer en arrière !

De même, c'est l'intestin, en amont de l'obstacle trop serré qui supporte la poussée du péristaltisme, et c'est lui qui brusquement pourra céder. Il n'y a pas là une simple vue de l'esprit, nous nous laissons instruire par les exemples de perforation que nous avons signalés. Aussi insistons-nous pour mettre en garde contre ce genre d'accident et contre la tendance qui porte naturellement à agir contre une constipation intense par des purgatifs puissants. Volontiers, nous énoncerions ce paradoxe médical que nous a expliqué M. Duchamp : il faut purger le cancéreux de l'S iliaque avec de l'opium. L'opium, à petites doses espacées, diminue les contractions intestinales habituelles dans notre cas, et permet aux matières de filtrer peu à peu à travers l'orifice ménagé par le squirrhe, sans danger pour le malade. Ajoutons que l'huile de ricin, à doses modérées, pourra rendre quelques services. C'est le moins dangereux des purgatifs.

Nous bornerons là notre exposé du traitement médical. Il sort de notre sujet et, dans notre pensée, il ne saurait

être autre chose qu'un moyen très momentané d'attendre l'intervention chirurgicale.

Celle-ci est toujours indiquée. Seule, elle peut donner des résultats durables. « Tant qu'on n'aura pas trouvé le moyen, dit le Dr J.-L. Faure (1), le moyen que j'appelle de tous mes vœux, de guérir le cancer autrement que par le couteau, nous n'aurons pas le droit de ne pas faire profiter les cancéreux de la seule chance de salut qui leur reste. Aucune opération n'est trop grave quand il s'agit de sauver un mourant et, lorsque je me trouve en présence d'un cancer, la question que je me pose n'est pas celle de savoir si mon intervention peut tuer un malade déjà condamné, mais bien celle de savoir si elle peut le guérir. Toute la question est là, et nous n'avons pas plus le droit de laisser mourir un cancéreux sous prétexte qu'il pourra succomber à notre intervention, que nous n'avons le droit de laisser mourir une malade atteinte de péritonite, sans essayer de la sauver, même au prix d'une intervention qui peut la laisser morte sur la table d'opération. Le cancer est une maladie locale et qui ne peut guérir que par une opération locale... »

Il faut toujours intervenir dans le cancer de l'S iliaque. Il appartient à une région anatomique très facilement accessible : ses caractères anatomiques, sa bénignité très réelle bien que relative, le font redevable d'une cure radicale, prompte, et lui permettent d'en espérer les plus heureux résultats.

Voyons si nous pouvons donner quelques règles concernant la nature même de cette intervention. Dans cer-

---

(1) Faure. — Cong. internat. de méd., 1901.

tains cas, le diagnostic est nettement posé. Le malade a été suivi quelque temps, il est en dehors de tout accident aigu. Alors, pas d'hésitation possible, c'est l'entérectomie qui s'impose, l'entérectomie idéale dépassant largement le mal et suivie d'une anatomose des deux bouts.

Malheureusement, ce cas est assez rare ; c'est habituellement en occlusion franche ou bien en état d'obstruction plus ou moins grave que se présente le malade. La ligne de conduite devient beaucoup moins évidente; elle prête à des discussions. Des chirurgiens que séduisait la facilité de l'opération dans le cas de squirrhe de l'S iliaque ont perdu leur confiance première : « Il y a plusieurs années, dit M. Goullioud (1), nous avons commis la faute de vouloir enlever la tumeur en pleine crise (Obs. III), et notre malade a succombé. »

Dans son rapport, M. Quénu (2) déclare également qu'il est imprudent, en cas de phénomènes aigus, de pratiquer immédiatement l'extirpation du néoplasme, la gravité de la résection intestinale se trouvant singulièrement aggravée par l'état d'occlusion. « La laparotomie, ajoute-t-il plus loin, me paraît, bien entendu, l'opération de choix, à la condition que le degré de ballonnement du ventre et l'état général du malade rendent possible et supportable cette intervention. »

Si le cancer est absolument latent, faut-il aller à sa recherche ? M. Quénu indique quelques règles. Vers le neuvième ou dixième jour de l'occlusion, l'anus contre nature est de rigueur, sans grande laparotomie.

---

(1) Goullioud. — Communic. à la Société de Chir. de Lyon, juillet 1901.

(1) Quénu. — Rapport à la Soc. de Chir., Paris, 1900.

Comme on peut s'en convaincre par la lecture des deux observations de M. Duchamp, ce chirurgien redoute beaucoup moins le shock que M. Quénu. Le premier temps de l'intervention est habituellement une grande laparotomie médiane qui permet de faire un examen minutieux et rapide de la cavité abdominale, et de prendre dès ce moment la ligne de conduite à suivre d'après les renseignements fournis. Le danger ne semble pas extrême si l'opération est menée vivement dans toutes les conditions voulues d'antisepsie, et si l'état général n'est pas déjà désespéré.

M. Tixier (Obs. II) agit de même et ne paraît pas s'en être repenti.

M. Goullioud, de son côté, se félicite de la laparotomie exploratrice qui a précédé toute autre intervention chez sa malade de l'Observation VI. Cette « laparotomie exploratrice, explique-t-il dans sa communication à la Société de Chirurgie de Lyon, m'a permis, en pleine occlusion, de reconnaître le siège de l'obstacle et de mettre, immédiatement au-dessus, l'anus artificiel, pour enlever ultérieurement et simultanément l'un et l'autre ».

Quand l'occlusion date de trois, quatre ou cinq jours, avec météorisme moyen, bon état général et probabilité d'un cancer, la conduite est douteuse. M. Quénu conseillerait plutôt l'expectative armée : l'établissement d'un anus, en attendant la cessation des accidents graves, pour aller à la recherche de la tumeur. « Le cas heureux, dit Quénu, le cas heureux de Gilis et d'Imbert n'est pas généralisable. »

Dans sa pratique, il s'est toujours bien trouvé du manuel suivant, dans le cas de phénomènes graves d'oc-

clusion : amener le cœcum à la peau, après incision latérale de celle-ci, le ponctionner au bout de 6 heures, agrandir la ponction au bout de 12 heures. On vide ainsi l'intestin doucement, sans collapsus, ni grand traumatisme.

Une règle absolue est impossible à donner ; d'ailleurs, M. Quénu s'en garde bien. Il ajoute, en effet : « Chaque cas particulier mériterait qu'on mît en regard de l'état général du malade et de sa force de résistance supposée, l'estimation, souvent bien délicate, des difficultés opératoires et de la longueur probable de l'opération. »

Résumons-nous. A-t-on affaire à un cancer bien diagnostiqué, chez un individu en bon état, c'est la laparotomie immédiate, la résection large et idéale qui s'impose. Le sujet est-il, au contraire, en état d'occlusion grave, que le diagnostic de la tumeur soit ou non certain, il y a lieu de temporiser avec la tumeur, d'agir de suite au-dessus de l'obstacle, en créant un anus artificiel ; dans certains cas, d'attirer la tumeur très mobile à la peau, et de la laisser en dehors de la ligne d'incision. Dans ce dernier cas comme dans le précédent, avec des risques ou des commodités d'ordres divers, mais plus tardivement, on complétera la première opération en réséquant l'anse malade.

Telles sont les lignes générales ; nous aurons l'occasion de revenir sur quelques points de détail au cours de nos chapitres suivants.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT HABITUEL

Procédés de choix et Procédés de nécessité

Par procédé de choix, nous voulons signifier l'opération qui remplit immédiatement le double but qu'on doit se proposer en présence d'un cancer de l'S iliaque, à savoir le libre et normal circulus des matières fécales dans le canal intestinal, et l'ablation de la tumeur dont la présence forme obstacle au cours de ces matières et peut entraîner, par la suite, des phénomènes généraux beaucoup plus graves.

L'entéro-anastomose simple, ou même l'entéro-anastomose avec exclusion n'est pas un procédé de choix, puisqu'elle abandonne dans l'organisme une tumeur maligne qui peut continuer à évoluer pour son propre compte, une tumeur qui, malgré ses caractères de bénignité relative, malgré ses tendances peu envahissantes, finira, sans aucun doute, par causer des dégâts, *in situ* et à distance, d'une gravité exceptionnelle.

Pour d'autres motifs, le procédé d'exposition n'est pas davantage un procédé de choix ; il ne s'oppose sans doute pas à rétablir le cours des matières et à enlever la tumeur, mais, pour ce faire, il exige plusieurs séances.

L'anus iliaque, lui, n'est pas une opération proprement dite, c'est un moyen d'attendre une autre intervention, une façon particulière, la seule façon possible d'agir immédiatement contre des accidents de rétention graves et de mettre le sujet en état de résister à une intervention tardive, plus radicale.

Il nous semble, en somme, qu'une seule opération mérite d'être appelée opération de choix, c'est l'entérectomie, suivie ou précédée d'anastomose des deux bouts. Qu'elle soit décidée, à l'avance, par un clinicien prévoyant, sur un malade raisonnable et confiant, qu'aucune complication n'en arrête les différents temps, que les suites en soient parfaites, et on aura le droit de l'appeler l'entérectomie idéale. Elle satisfait l'esprit d'une façon absolue.

Dans quelques cas on se demande s'il y a moins d'élégance à intervenir après l'installation momentanée d'un anus, qui a permis à l'intestin de se vider, et à l'état général de devenir excellent. Opération de choix presque, opération extrêmement prudente en tout cas.

Les autres méthodes sont, si l'on veut, très souvent des opérations de nécessité auxquelles le chirurgien se laisse amener par les circonstances que lui imposent les phénomènes généraux ou les lésions locales de son malade. Ce sont, en un mot, des méthodes de nécessité, quelquefois d'exception, comme pour notre observation VII. L'anus artificiel, quand on doit se borner à cette intervention, reste un procédé d'extrême nécessité.

En nous aidant des travaux antérieurs, des communications aux Sociétés savantes et de l'enseignement fourni par quelques faits nouveaux, nous donnerons ici un aperçu critique de ces différentes méthodes, en réservant pour un dernier chapitre le traitement par la résection tardive après exposition.

OBSERVATION I (*Inédite*)

Communiquée par M. Duchamp

Néoplasme de l'S iliaque; entérectomie suivie de suture circulaire de l'intestin. — Guérison

M. X..., âgé de 37 ans, préparateur de chimie (1). On relève, dans ses antécédents, 1° des coliques fréquentes mais peu douloureuses de 5 à 13 ans ; 2° une constipation prononcée depuis l'âge de 19 ans ; de 20 à 28 ans, les garde-robes ne se font que sous l'influence de quelques doses de sulfate de soude ou de magnésie. — Entre temps, poussées hémorrhoïdaires avec tumeurs anales douloureuses et fluentes. En 1896, la constipation s'accentua ; les selles s'espacèrent de cinq à six jours, provoquées soit par des purgatifs salins ou huileux ou des lavements d'huile.

Sous l'influence du régime, l'état devient plus tolérable. A partir de ce moment, le malade prend chaque jour deux cuillerées à soupe de graines de lin.

Au mois d'août 1900, après un long voyage, retour de la constipation ; celle-ci céda à des douches rectales.

Dans le milieu de janvier 1901, la constipation reparaît avec vomissements bilieux qui s'accentuent ; l'estomac intolérant rejette les aliments et les boissons.

M. X... voit M. le Dr Garand, médecin des hôpitaux, qui porte le diagnostic d'obstruction intestinale, probablement, par tumeur siégeant sur le gros intestin.

(1) Les renseignements antérieurs à l'opération ont été recueillis par M. Ladevèze.

Le 2 février 1901, M. le Dr Garand réunit auprès du malade MM. Cénas, Duchamp et Ladevèze. A ce moment, l'obstruction paraît complète ; ni selles, ni gaz depuis huit jours ; l'intolérance gastrique est absolue ; l'urine, rare, ne contient ni sucre ni albumine. Pas de fièvre, état général assez bon. Localement, ventre météorisé, permettant de sentir, quoique difficilement, une induration profonde un peu au-dessus du pubis et à gauche. Par moments, on voit se dessiner, au-dessus du pubis, des anses intestinales animées de mouvements péristaltiques.

Violentes coliques.

Le toucher rectal ne fait constater aucune tumeur.

Diagnostic : obstruction intestinale siégeant probablement sur l'S iliaque ou la partie supérieure du rectum.

L'intervention est décidée.

Opération. — Le 4 février 1901, le Dr Duchamp, assisté de MM. les docteurs Garand, Cénas et Ladevèze, pratique une laparotomie médiane. A l'ouverture du ventre, écoulement d'une petite quantité de liquide ascitique clair. On trouve rapidement le siège de l'obstruction causée par une tumeur de l'S iliaque. A ce niveau, l'intestin paraît étranglé, comme si on avait jeté sur lui une ligature. Le calibre de l'intestin est au niveau de la tumeur, inférieur au calibre des portions voisines. La tumeur n'est pas adhérente ; son méso est assez long pour qu'on puisse attirer l'anse malade et l'extérioriser en quelque sorte. On constate qu'il n'y a pas de ganglions mésentériques appréciables.

L'anse malade, entourée de compresses, est isolée par des pinces à coprostase (pinces à estomac de Terrier) et sectionnée ; l'hémostase du méso est faite par trois ligatures en chaîne. Aussitôt les deux extrémités de l'intestin sont rapprochées et, comme elles sont de diamètre à peu près égal, une suture circulaire est faite. Un premier plan, comprenant toutes les tuniques de l'intestin avec adossement des séreuses, est placé en suturant du côté de la muqueuse. Ce plan est fait à la soie (surjet, variété suture des boutonnières). Cette suture est renforcée par un surjet, séro-séreux au catgut fin. Puis l'anse est réduite. La paroi est refermée à trois plans sans drainage.

La tumeur sur une coupe représente un anneau circulaire de 5 centimètres de longueur, déterminant à sa partie centrale un rétrécissement admettant tout au plus une sonde cannelée de moyen volume. La partie rétrécie a 2 centimètres de longueur; le néoplasme a 1 centimètre d'épaisseur à sa partie moyenne. Il s'effile un peu à ses extrémités; il paraît occuper toute l'épaisseur des tuniques intestinales qu'on ne distingue plus à un examen macroscopique. Son aspect est celui du squirrhe. (Il n'y a pas eu d'examen microscopique). La section de l'intestin a porté à trois centimètres de l'extrémité du néoplasme.

Suites — Le lendemain, grande débâcle de matières fécales, vents; les selles ont continué les jours suivants. Détail curieux, les selles ont contenu pendant douze jours une grande quantité de graines de lin dont le malade faisait usage depuis plusieurs mois pour combattre sa constipation.

Il n'y eut aucune complication péritonéale; mais il se fit, dans la paroi, un abcès phlegmoneux qui donna lieu à une élévation marquée de la température (40°, maximum). L'ouverture large du foyer fit tomber la température.

Le jour même de l'opération et les jours suivants, il y eut de la rétention d'urine qui nécessita le cathétérisme; 25 jours plus tard, rétention et cystalgie combattues par une injection uréthrale de cocaïne (1).

L'opéré se leva le 30e jour, la convalescence se fit rapidement.

M. X. est venu le 10 mai 1902. Son état est des plus satisfaisants; il a bon appétit, il travaille et, depuis son opération, il n'a jamais été constipé. Pas de signes de récidive.

---

(1) Ladeveze. — *Loire Médicale*. 15 août 1901.

OBSERVATION II (*Inédite*)

communiquée par M. le Docteur Tixier.
chirurgien des Hôpitaux de Lyon,
professeur-agrégé à la Faculté de Médecine.

Occlusion intestinale aigüe. — Cancer annulaire de l'S iliaque. — Anus contre nature. — Mort.

Soubeyran Rose, 38 ans, ménagère, entre à la première infirmerie à la Charité, dans les premiers jours du mois de juillet 1901.

C'est une femme à aspect vigoureux qui n'a pas d'antécédent personnel à signaler. Elle a cependant eu la syphilis, il y a quelques années et semble avoir eu plusieurs poussées de salpingite.

Depuis quelques mois, elle a remarqué quelques troubles digestifs : diminution de l'appétit, périodes de constipation et de diarrhée. Jamais de melœna. Un peu de mucus autour des matières fécales, que la malade attribuait à des hémorroïdes.

Depuis cinq ou six jours, absence de selles, malgré des lavements et des purgatifs répétés. Apparition de vomissements. Météorisme considérable.

Le samedi soir, la malade est apportée â l'Hôpital et un chirurgien de garde appelé constate une tuméfaction dure dans le cul de sac postérieur. En raison du passé génital de la malade, il pense à une collection rétro-utérine et fait une colpotonie postérieure ; il ne s'écoule qu'un peu de sérosité.

Pas d'amélioration.

48 heures après, le lundi, le docteur Tixier, appelé à prendre le service, constate l'exagération des signes d'occlusion : Météorisme considérable. Vomissements incessants. Etat général critique. Température 38°5.

La malade présentant une hernie crurale irréductible, on craint, sans qu'il y ait des signes précis d'étranglement herniaire, que là soit le point de départ de l'occlusion. — Kélotomie rapide. L'intestin n'est pas étranglé.

Immédiatement large laparotomie. Tout le gros intestin jusqu'au rectum paraît très dilaté. On établit rapidement un anus contre nature *sur le colon descendant*. Il y avait des signes de péritonite aigüe.

Autopsie : Il existe sur l'S iliaque un rétrécissement très serré de l'intestin. Ce rétrécissement est constitué par une petite tumeur très dure, très résistante, conservant le calibre intestinal sur toute sa circonférence.

Mobilité extrême de l'anse intestinale. — L'ablation eût été très facile en dehors d'une poussée d'occlusion aiguë.

Il y a des signes de péritonite aiguë dont le point de départ est difficile à élucider.

Examen histologique : Sur les coupes d'un fragment, on ne retrouve rien de la muqueuse de l'intestin. Mais dans les couches musculaires lisses et dans une énorme sclérose de grosses fibres qui vient se perdre dans une atmosphère adipeuse, probablement du méso, on voit une tumeur infiltrée.

Ce néoplasme se montre soit dans les interstices de la tunique musculaire, soit dans l'énorme gangue conjonctive en dehors. Il est constitué par des cellules pauvres en protoplasme, à petits noyaux déformés qui sont souvent des traînées anastomosées, d'un ou deux rangs de cellules qui tendent à prendre là soit une forme cubique, soit une forme cylindrique. Dans le tissu scléreux en dehors de la tuniqne musculaire, le néoplasme fait de petites masses ovales, rondes ou en massue et dans celles-ci, on voit souvent des lignes d'une certaine longueur de cellules rangées régulièrement côte à côte, cylindriques, à pied protoplasmique jaunâtre.

En somme, sans aucun doute, tumeur du type épithélial cylindrique, infiltrée dans le tissu musculaire et dans la sous-séreuse où elle provoque une sclérose intense lui donnant un aspect trés squirrheux.

OBSERVATION III. (*résumée*)

M. le D[r] GOULLIOUD. — Empruntée au Compte Rendu du Congrès Français de Chirurgie, 1901.

Entérectomie en un temps. — Mort.

La femme R. B., 53 ans, épicière, est depuis deux ans très constipée, souffre dans le flanc gauche depuis deux mois.

Depuis huit jours, elle ne va plus à la selle. En même temps, cessation des gaz, vomissements bilieux d'abord et alimentaires, puis fécaloïdes.

Pas de renseignements par le toucher rectal.

Le 31 juillet 1785, opération. Après incision sur la ligne médiane, on voit l'intestin très distendu. Le cœcum et le colon descendant sont particulièrement dilatés.

L'obstacle siège par suite sur l'S iliaque. On reconnaît en effet, bien vite, à ce niveau, un cancer intestinal qui paraît mobile et opérable. Il est cependant retenu par une série de brides ou pédicules qui semblent pouvoir être facilement sectionnés en dehors des limites de la tumeur.

M. Goullioud se décide à l'ablation immédiate. L'intestin est sectionné entre deux pinces sur une longueur de 7 ou 8 centimètres. L'anastomose est établie par un bouton de Murphy. On la complète par des sutures séro-séreuses à la Lembert.

L'anatomose faite, pour rentrer l'intestin trop distendu, on est obligé d'user du procédé de Madelung : incision intestinale enfouie sous des points au catgut. Draînage avec des mèches de gaze iodoformée.

La malade, dont les vomissements ont d'abord cessé et dont le pouls s'est relevé, avait subi une très longue opération. Elle s'était considérablement refroidie. Impossible de la réchauffer.

Elle meurt pendant la nuit.

La tumeur enlevée a le volume d'une petite pomme très dure, multilobéee, et la lumière du canal est complètement obstruée.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

Publiée par les Drs Gilis et Imbert de Montpellier. — Empruntée au rapport du Dr Quénu à la Société de chirurgie de Paris. (Séance du 3 avril, 1901).

Entèrectomie en un temps suivie de suture circulaire immédiate des deux bouts. — Guérison.

Homme de trente-cinq ans, pris d'occlusion intestinale avec vomissements fétides et météorisme de l'abdomen, sans troubles bien appréciables avant l'occlusion.

Quatre jours environ après le début des accidents, on intervient par une laparotomie médiane. On tombe sur un épaississement de 5 ou 6 cent. de long, situé sur l'anse oméga. Cet épaississement ne détermine pas de saillie notable à l'extérieur ; en outre, il est très limité et mobilisable.

La résection est faite immédiatement. On suture les deux bouts par un double rang de surjets : l'un perforant à la soie, le second séro-séreux au catgut.

L'opération a duré 1 heure 15 minutes. Le jour même, le sujet a deux selles abondantes. Guérison parfaite et rapide.

OBSERVATION V (*Résumée*)

Publiée par le Dr Imbert de Montpellier. — Empruntée au rapport du Dr Quénu à la Société de chirurgie de Paris. (3 avril, 1901)

Entérectomie suivie de suture circulaire immédiate. — Mort.

La malade se plaint de douleur dans la fosse iliaque gauche, puis constipation opiniâtre, avec stries de sang dans les matières. Accidents déjà anciens.

A l'examen de l'abdomen, on constate par le palper, la présence d'une tumeur dans la profondeur de la fosse iliaque gauche.

En combinant le toucher vaginal au palper, on décèle une seconde tumeur à prolongement dans la fosse iliaque droite.

Le laparotomie médiane permet de reconnaître que la seconde tumeur est un kyste du ligament large.

Quant à la première tumeur, elle appartient au colon iliaque, et elle présente quelques adhérences profondes, qui rendent l'intervention difficile et exigent beaucoup de jour. Une seconde incision du côté gauche perpendiculaire à la première est faite. On résèque l'intestin entre deux pinces et l'on fait une suture circulaire. Pas de drainage.

Mort en trois jours par péritonite.

M. Imbert attribue la mort à l'infection du péritoine au cours de l'intervention, la tumeur étant adhérente et l'anse n'ayant pu être amenée au dehors.

OBSERVATION VI

(M. le Dr Goullioud). — Empruntée au Bull. de la Soc. de Chir. de Lyon, juillet 1901

Obstruction intestinale aiguë. — Laparotomie exploratrice et anus contre nature, immédiatement au-dessus d'un rétrécissement cancéreux de l'S iliaque. — Ablation secondaire et simultanée de la tumeur et de l'anus artificiel. — Guérison.

Le 9 avril 1901, je suis appelé à voir d'urgence un sœur garde-malade, âgée de 40 ans, que je trouve en pleine occlusion intestinale.

Elle me raconte que depuis longtemps, elle devait souvent prendre une tisane laxative, mais elle n'est malade que depuis sept jours. A cette époque, la nuit, elle se réveille avec des coliques atroces. Dès lors elle cesse son travail, se met au lit. Elle ne va plus à la selle, malgré des purgatifs ; puis le ventre se ballonne ; les vomissements apparaissent. Ce matin elle est un peu calmée par 2 cent. de morphine.

Cependant, je trouve un ventre ballonné, très tendu, avec des contractions péristaltiques visibles. L'état va s'aggravant rapidement, me dit-on ; avant sa piqûre de morphine elle était sans voix, cependant pouls bien comptable à 90 ; pas de fièvre.

En résumé, occlusion à marche rapide, mais pas suraiguë. Je décide d'opérer le matin même.

Je me propose de faire une laparatomie exploratrice avec éviscération, si elle est nécessaire, pour trouver l'obstacle, et de terminer par un anus contre nature.

Donc opération le 9 avril. Ether. Le ventre ouvert, je trouve l'S iliaque distendue, puis, dans le petit bassin, je sens une induration sur l'intestin et j'amène à la plaie un petit cancer annulaire de l'S iliaque, prolabé dans le bassin, que le toucher n'avait pas permis d'atteindre. Confiant à un aide la tumeur amenée sur le pubis, je rentre avec peine, avec le procédé de la serviette, l'intestin météorisé, et je ferme la paroi avec de forts fils métalliques la prenant dans toute son épaisseur. Je termine en créant en bas de ma ligne de suture, au-dessus du

pubis, un anus artificiel qui est ouvert dans l'S iliaque à quelques centimètres au-dessus du rétrécissement, dans le but de pouvoir ultérieurement réséquer en bloc la tumeur et l'anus artificiel.

Suites simples, mais il a fallu plusieurs jours pour que le ventre s'affaissât et que la malade allât vraiment bien.

Le 20 mai, la malade est tout à fait bien ; l'anus artificiel fontionne seul, normalement, sans érosion à son pourtour.

Deuxième opération le 21 mai. Éthérisation. Je commence par circonscrire l'anus sus-pubien par une incision ovalaire et je le ferme avec une pince de Kocher; puis je prolonge par en haut mon incision sur la cicatrice de la première opération jusqu'à l'ombilic. Je vais avec prudence, heureusement, car l'intestin est adhérent sur presque toute la hauteur de l'ancienne incision.

L'anus artificiel libéré est attiré au dehors et entraîne avec lui la tumeur sous-jacente, qui n'en est séparée que par 2 ou 3 centimètres.

Leur masse commune, enveloppée d'une compresse, étant maintenue tirée hors du ventre, je vois la possibilité d'établir, entre les deux portions sus et sous-jacentes de l'intestin, que la contraction rapproche en canon de fusil, une anastomose latérale.

Je fais cette anastomose, longue de 4 centimètres environ, à 3 plans de suture, aussi solide que possible, à cause de la traction à laquelle elle devra résister. Je résèque ensuite la partie de l'intestin qui comprend la tumeur et l'anus artificiel. Puis je sectionne le mésentère, mais sans pouvoir en réséquer un large lambeau. Occlusion par suture des deux bouts de l'intestin ; suture de la paroi abdominale, en laissant, par prudence, une petite mèche à son angle inférieur ; cette suture se compose de points alternants, les uns métalliques comprenant toute la paroi, les autres au catgut chromique rapprochant la couche aponévrotique.

L'opération, à cause de la nécessité d'opérer dans le ventre, a été longue de près de deux heures.

Injection de sérum.

Examen de la pièce — La partie enlevée de l'intestin a 12 centimètres ; elle comprend la tumeur et, 3 centimètres au-

dessus, l'anus artificiel. Il s'agit d'un petit squirrhe au milieu formant un anneau de 2 à 3 centimètres. Du côté aval la tumeur fait un relief saillant en champignon ; elle se prolonge et se termine en lysis du côté opposé.

Je n'ai pas trouvé de ganglion adhérent à la pièce, et la palpation ne m'en avait pas fait constater.

Le diagnostic histologique fut : épithéliome enflammé de l'intestin.

Les suites opératoires ont été absolument simples et, trois semaines après, la cicatrisation était achevée et la défécation normale. La malade évitait les féculents et mangeait modérément, par prudence.

Juin (1) 1902. — La malade à été revue, il y a quelques jours. Elle se porte très bien.

Entérectomie Idéale

Nous avons plus haut défini cette intervention, et, nous avons tâché de montrer les conditions le plus favorables à son complet résultat.

L'S iliaque, en tant que région, se prête d'ailleurs parfaitement à ce genre d'opération. L'anatomie nous apprend que le mésocolon iliaque est d'habitude très large, permettant des mouvements d'une grande amplitude à l'anse oméga. Celle-ci est presque adjacente à la paroi, et par suite, très facile à repérer. D'un autre côté, la tumeur de l'S iliaque est petite, sans adhérences, ou avec des adhérences très peu résistantes. Toutes nos observations sont bien significatives à ce point de vue.

M. de Bovis, est étonné du petit nombre de cancers de l'S iliaque sur lesquels on a tenté la résection. « Ce sont

(1) M. Goullioud a bien voulu nous donner directement des nouvelles de sa malade. Nous le remercions de sa grande obligeance.

ceux, en effet, ajoute-t-il, qui offrent le plus de difficultés opératoires, au point de vue du rétablissement de la continuité du tube intestinal, quand il s'agit de la portion pelvienne. »

En réalité, cette difficulté opératoire n'existe que pour la portion pelvienne de l'S iliaque, elle est par suite plutôt théorique, car le cancer de cette partie de l'intestin a souvent des analogies anatomiques avec le cancer du rectum, et c'est plutôt vers le rectum qu'il a tendance à se propager. La résection idéale se complique toujours alors de manœuvres particulières, dues aux caractères eux-mêmes de la tumeur, qui ajoutent encore à la difficulté d'intervenir dans le fond du pelvis, et qui en font une intervention à part.

La lecture de nos observations prouve, dans le fait, que cette difficulté opératoire doit être assez peu accentuée, car toutes sont muettes sur ce point, sauf l'observation V, du Dr Imbert.

La durée de l'opération n'est pas toujours indiquée, ce qui prouverait son manque d'exagération. Quand elle est notée, elle est comprise entre 1 h. 1/2 et 2 h. 1/2 ; elle n'a rien d'extraordinaire dans des interventions sur l'abdomen, toujours délicates et minutieuses.

D'autre part, M. de Bovis dit ailleurs, en donnant une autre statistique ayant rapport à des résections en deux ou plusieurs temps de l'S iliaque : « On est frappé ici de la bénignité du cancer de l'S iliaque ; mais il faut se rappeler qu'un grand nombre ont été opérés par exposition, ce qui implique une tumeur petite et mobile. De plus, ce qui fait une partie de sa gravité, c'est l'occlusion qui l'accompagne si souvent ; elle absente, les

résultats se relèvent aussitôt et l'opérateur ne se trouve plus qu'en présence d'une tumeur généralement petite et peu adhérente ». En effet, sa statistique est remarquable, seize opérations n'ont donné qu'un mort.

Ajoutons que les conditions qu'il donne comme exceptionnelles sont pour nous, ou devraient être des conditions habituelles, le cancer de l'S iliaque étant presque toujours une tumeur petite et mobile, et l'absence de phénomènes occlusifs entraînant avec elle une notable diminution de la gravité du procédé opératoire.

Par quelle incision se fera-t-on jour dans l'abdomen? Quénu répond à la question. Si le diagnostic est très nettement fait et qu'on sache avoir affaire à un cancer de l'S iliaque, la laparotomie latérale dans la fosse iliaque gauche peut rendre des services. Le plus souvent, on fera une incision médiane. Celle-ci, à condition qu'elle soit assez grande, est admirablement pratique : elle permet d'explorer très attentivement le contenu de l'abdomen et toute l'S iliaque ; d'autre part, elle ne s'oppose pas à une intervention active, au deuxième temps de l'opération le plus délicat, consistant dans la résection de l'anse malade. Elle peut être utilisée, comme l'a fait M. Goullioud (Obs. VI) pour l'installation d'un anus contre nature.

C'est ainsi que, sans exception, toutes nos opérations ont été attaquées d'abord par la voie médiane. Les auteurs paraissent en avoir toujours été satisfaits. Toutefois, M. Imbert qui, après diagnostic fait à l'avance de tumeur du colon ilio-pelvien, a préféré l'incision médiane, n'a pas pu continuer efficacement son opération, et a été obligé de s'aider d'une deuxième incision perpendiculaire à la première et se dirigeant à gauche du côté de la fosse iliaque.

Dès ce moment, l'opération sera continuée dans la position de Trendelenbourg. Toute la masse de l'intestin grêle est ainsi débarrassée du champ opératoire, et le colon ilio-pelvien reste seul sous la main du chirurgien.

Avant d'entreprendre la résection proprement dite de la partie d'intestin malade, il sera évidemment de toute utilité de la libérer. On brisera les adhérences quand elles existeront. Ce temps paraît en général assez facile. Qu'on relise nos observations, on peut s'apercevoir que dans un cas seulement (Obs. V) il existait des adhérences et des pédicules assez résistants.

On cherchera ensuite sur le mésentère, la production de tissu scléreux qui marque que la tumeur est déjà ancienne, ou dans la profondeur, les ganglions dégénérés.

M. Goullioud, pour avoir plus de sûreté, conseille d'établir une anastomose latéro-latérale au début de l'opération, puis de continuer la libération de l'anse, ceci fait. On voit de suite l'avantage de ce procédé. Dans le cas où quelque difficulté viendrait à surgir et à compliquer la marche opératoire, si la durée de l'intervention se prolongeait trop ou si le malade allait trop mal, il y aurait alors toute facilité pour s'arrêter là. On transformerait, de la sorte, l'entérectomie idéale en entéro-anastomose simple. D'habitude d'ailleurs, on ira jusqu'au bout et on terminera par la résection définitive.

M. Goullioud énonce là une idée qui plaît à l'esprit. Il n'a fait d'ailleurs que conseiller ce qu'il avait mis lui-même en pratique : « Je fais l'anastomose, dit-il (Obs. II) longue de 4 centimètres environ, à trois plans de suture, aussi solide que possible, à cause de la traction à laquelle elle devra résiter. Je résèque ensuite la partie de l'intestin qui comprend la tumeur et l'anus artificiel... »

Quant à la longueur d'intestin à réséquer, elle variera avec chaque cas et chaque chirurgien. En général, on ne perd pas de vue la notion de malignité qui s'attache à toute tumeur, même torpide en apparence, même bien limitée, parfaitement mobile et indemne de toute marque de généralisation et de propagation.

M. Goullioud fait remarquer que le cancer de l'S iliaque débute souvent par la muqueuse et s'y localise longtemps, que les ganglions sont peu nombreux et faciles à enlever, que la nature de ce cancer est presque toujours squirrheuse, à tendance atrophique, et par là même peu expansive, que l'intestin reste, par suite, longtemps mobilisable. Mais pour faire bénéficier le malade de ces conditions relativement favorables, ajoute-t-il, il faut une intervention large, faite à froid, et aussi précoce que possible.

Dans les observations qui nous fournissent des renseignements à ce sujet, nous voyons que 7 à 8 centimètres ont été réséqués dans un cas, 25 à 30 centimètres dans un autre. Il s'agit là, probablement, de deux extrêmes. On imagine guère aisément, en effet, une résection dépassant ces limites, dans le cas de petite tumeur de l'anse oméga.

Reste à traiter les deux bouts intestinaux.

Plusieurs manœuvres peuvent se présenter à l'esprit : les suturer l'un à l'autre directement, implanter le premier sur la paroi latérale de l'autre partie de l'intestin, ou encore faire l'anastomose latéro-latérale, en fermant les deux bouts. Dans presque toutes nos observations, les chirurgiens s'en sont tenus à l'anastomose bout à bout. Il pourra se présenter des circonstances où une anastomose de ce genre devient très difficile, voire impossible ; en

effet, le calibre du bout supérieur est ordinairement dilaté, le calibre du bout inférieur très rétréci, en vertu des lois organiques qui régissent les organes déviés pathologiquement de leurs fonctions normales. Si cette différence des calibres est très prononcée, qu'elle se complique d'une sensible différence dans l'épaisseur des parois, elle devient un vice absolument rédhibitoire ; c'est ce que les Allemands appellent le défaut de congruence.

Doit-on faire alors l'anastomose latéro-latérale ? C'est l'avis de tous les auteurs. M. Quénu propose, dans les cas d'entérectomie, l'anastomose termino-latérale à l'exemple de Billroth et de Senn. Ce procédé risque-t-il de créer, comme on le lui a reproché, avec le bout intestinal fermé et abandonné à lui-même, un diverticule dangereux, retenant des matières ? M. Quénu le nie énergiquement. Le reproche n'est pas fondé, car on n'a jamais fait de constatation de cette nature. Et, d'autre part, le procédé a, pour lui, d'éviter les rétrécissements ultérieurs et de permettre autant de points de suture qu'on le jugera nécessaire.

Cette conduite est celle de la plupart des chirurgiens actuels. Le docteur Souligoux (1) dit, parlant de l'entérectomie en général : « L'opération doit se terminer par une anastomose soit latéro-latérale, soit termino-latérale, opérations plus simples, plus rapides, plus sûres qu'une entérorraphie circulaire. » Monprofit (2) recommande, en

(1) Souligoux. — Rapport du Congr. internat. de Méd. 1900.
(2) Monprofit. — Congr. franç. de Chir., 1901.

outre, de faire l'anastomose latéro-latérale le plus loin possible du point où a porté la résection.

De quel procédé user pour constituer cette anastomose : point de suture ou bouton de Murphy? Voilà quel est le sujet des discussions. Les autres procédés plus ou moins ingénieux sont secondaires. Beaucoup de chirurgiens ont pu d'abord se laisser gagner par l'apparente simplicité du bouton de Murphy et par la rapidité théorique de son application.

Nous lisons dans l'ouvrage de M. de Bovis : « Le grand avantage que nous voyons dans le bouton, c'est d'aller vite, de diminuer les chances de la souillure péritonéale par des manipulations répétées ou trop longues, et de ménager, par conséquent, aussi bien la séreuse que l'état général du malade, souvent fort précaire. Il se recommande aux jeunes chirurgiens ne pouvant avoir une grande expérience de la suture intestinale. Enfin, les sutures déchirant parfois un intestin trop mince ou trop fragile, il est toujours bon d'en avoir un sous la main. » M. de Bovis semble donc accorder quelque faveur au bouton et préconiser son emploi. Il a cependant été obligé d'en montrer le danger par sa statistique, le Murphy ayant donné une mortalité de 14,2 %, uniquement imputable à son emploi.

M. Souligoux est beaucoup plus exclusif déjà : « Pour un opérateur également habile à manier l'aiguille de couturière et les appareils d'approximation plus ou moins automatiques, la suture restera la méthode de choix, parce qu'elle seule donne une réunion de la muqueuse par première intention, et parce qu'elle permet un traitement post-opératoire « sans gêne », très précieux dans tous les

cas. Le bouton de Murphy, le meilleur des accessoires du genre, sera réservé aux cas, et ils sont trop nombreux, où l'on doit compter les minutes ; il donne des résultats inespérés. »

Mais, d'une façon générale, se dessine l'abandon systématique du bouton de Murphy. M. Quénu ne pose aucune indication de son emploi, sans distinction de cas. Il semble le rejeter complètement de son arsenal et s'en tenir à la suture.

M. Goullioud, de son côté, conseille de renoncer complètement au bouton, bien qu'il lui doive un cas heureux dans sa pratique.

M. Duchamp, qui a expérimenté souvent le Murphy et, depuis quelques années, le bouton de Jaboulay-Lumière, les considère comme de très ingénieux appareils, mais non pas comme des appareils de toute sûreté. Maintes fois, nous l'avons vu, après application du bouton, compléter son anastomose par des sutures à la soie, inquiet du devenir de son incision intestinale. L'opération n'est plus simplifiée dans ce cas, mais compliquée.

Au niveau du gros intestin, à sa portion terminale surtout, le Murphy a en outre une contre-indication formelle d'un ordre tout spécial. En effet, le contenu intestinal qui est liquide dans le grêle, se solidifie plus bas au fur et à mesure qu'il progresse. Aussi bien, le passage des fèces qui aurait pu se faire d'abord très facilement à travers le bouton, devient très difficile en approchant du rectum. Les cybales, dont l'intestin adopte normalement le contour en se distendant sur elles sont arrêtées brusquement par le bouton, corps dur et inextensible au premier chef. Les matières sont dès lors obligées de se mouler sur lui pour

le franchir. En réalité, elles exercent contre lui une poussée incessante, pénible et fort dangereuse. Aussi, établirons-nous en précepte absolu, qu'un bouton de Murphy ne doit jamais être posé sur l'S iliaque.

La suture reste donc seule maîtresse de la situation. Elle se fera dans les meilleures conditions de sûreté et de résistance, c'est-à-dire qu'on ne se contentera pas du seul point à la Lembert. On établira, suivant les cas, deux ou trois plans résistants de sutures. Mieux vaut, en somme, augmenter la durée de l'opération, si l'on assure le plus de chances possibles à une guérison durable.

Devrons-nous, à la fin de notre intervention, avant de refermer la paroi, ménager un drainage de l'intestin ? Sans le rejeter complètement, il nous semble que son indication n'est pas formelle dans le cancer de l'S iliaque. C'est, en effet, de toutes les tumeurs, celle qui s'enlève le plus facilement et le plus rapidement. Dans la majorité des cas, le drainage devra donc apparaître, en thèse générale, comme une précaution superflue dont, suivant les circonstances, le chirurgien aura à discuter et à décider l'emploi.

Ce que vaut cette opération de l'entérectomie idéale? Nous avons trop peu de cas pour poser une conclusion rigoureusement basée sur des faits. Il nous semble que les statistiques publiées à cet égard ne sont pas parfaitement instructives; on y a fait entrer des cancers de la portion toute pelvienne de l'S iliaque que nous mettons généralement à part.

Elle a semblé à plusieurs auteurs comme devant être plus favorable aux femmes, surtout aux vieilles femmes.

C'est la constatation exposée par Hahn (1).

Indépendamment de cette condition, si le malade est en bon état, l'intérectomie idéale doit donner théoriquement d'excellents résultats, et nous la préconisons sans restriction. Mais les chirurgiens auxquels nous empruntons les éléments de ce travail sont d'un avis commun pour signaler l'extrême danger qu'il y a de faire une intervention de longue durée, telle qu'une laparotomie suivie de la résection d'une anse intestinale, chez un sujet en occlusion grave datant de plusieurs jours.

MM. Gilis et Imbert, en rapportant leur observation, semblent rejeter le résultat malheureux de leur cas moins sur le shock traumatique compliquant un état occlusif grave que sur les phénomènes péritonéaux purement inflammatoires liés aux manœuvres longues et difficultueuses qu'avait imposées leur tumeur adhérente et profondément située. Il est possible, en effet, que le péritoine ait été souillé au cours de leur opération.

D'autres auteurs ont été d'avis d'accorder une action souvent mortelle à l'extraction même peu difficile de certaines tumeurs déterminant la rupture d'adhérences. C'est ainsi que M. Duchamp perdit un de ses malades, auquel il avait fait une laparotomie exploratrice pour rechercher la cause d'une occlusion. Un cancer de l'S iliaque fut découvert ; il présentait quelques adhérences assez faibles qu'il fallut rompre au cours des recherches. L'opération s'arrêta là, car un anus termina les manœuvres opératoires. La mort survint le lendemain et M. Duchamp l'at-

(1) Hahn Berlin. klin. Woch., 1894.

tribua sans hésitation à la rupture des adhérences au fond de l'abdomen.

M. de Bovis adopterait assez volontiers un avis analogue : « On sait, dit-il, que l'infection est fonction non seulement de la septicité du chirurgien et de causes diverses infectantes, mais encore du trauma, c'est-à-dire de manœuvres opératoires plus ou moins laborieuses et du temps, c'est-à-dire de la durée des contacts. Voici, par exemple, l'observation de Véliaminoff dont la malade mourut de septicémie et chez laquelle l'extirpation du néoplasme dut se faire par morcellement. On saisit tout de suite la valeur infectante d'une telle opération entreprise dans les conditions anatomiques où elle le fut. »

En général, ces tumeurs adhérentes sur une large étendue n'existent guère sur l'S iliaque et par conséquent sortent un peu de notre sujet. Mais nous pouvons trouver des cancers assez mobiles, chez lesquels la rupture de brides minimes pourra déterminer des accidents analogues, c'est-à-dire fort graves.

Dans un autre ordre d'idées, M. Goullioud attribue sans hésitation son échec opératoire (Obs. III) à l'état grave d'obstruction dans lequel il a trouvé sa malade.

L'observation IV semble donner raison à M. Imbert. Là, nous nous trouvons en présence de la tumeur classique, très petite, très limitée, très mobile. Malgré l'occlusion, le malade supporte l'entérectomie idéale et se rétablit vite.

Si l'on rapproche de ces différents cas celui de M. Duchamp, on voit aisément les conditions de succès augmenter. Il est probable que la statistique eût donné des résultats bien meilleurs, si elle avait compris seule-

ment des opérations ainsi exécutées, chez des malades surveillés depuis longtemps et pris au début d'accidents qui ne donnent « pas de fièvre » et conservent « l'état général assez bon ». L'entérectomie se conçoit dans des cas analogues comme une intervention de grand choix et avec des chances extrêmement sérieuses pour son heureux résultat.

Pour conclure, nous nous en tiendrons à l'enseignement fourni par les deux observations III et IV. Il est sans cesse ratifié par la Clinique. Une occlusion, quand elle remonte à un certain nombre de jours et qu'elle s'accompagne d'un état général grave, ne doit pas être traitée comme une tumeur bien supportée Il faut alors savoir attendre et se contenter, au moins momentanément, de créer un anus artificiel.

Anus Iliaque

Au cours de ce travail, nous avons attiré déjà l'attention du lecteur sur certains faits qu'il importe de rappeler ici. C'est en pleine occlusion que se présentent le plus souvent les cancéreux de l'S iliaque, soit que cette occlusion marque le début vrai de la maladie, soit que les troubles antérieurs, importants ou non, aient laissé le malade et son entourage dans une imprudente sécurité. Nous avons insisté, en outre, sur l'extrême danger de certaines interventions abdominales au cours de l'occlusion.

La conclusion logique s'impose : un cancéreux en état d'occlusion, qui a besoin immédiatement d'une intervention, devra subir la moins grave de toutes. C'est l'installation d'un anus iliaque qui répond à ce désideratum : c'est

elle, véritable opération de nécessité, qui va immédiatement parer à la perturbation générale que provoque la rétention complète des matières.

Nous ne voulons pas ici passer en revue les divers modes indiqués par les auteurs pour créer un anus artificiel. Nous nous bornerons à exposer la façon la plus simple de procéder. La paroi de la fosse iliaque gauche est incisée, à sa partie moyenne, suivant une direction parallèle à l'arcade crurale, à deux travers de doigt au-dessus de celle-ci, sur une longueur de 5 ou 6 centimètres environ. A travers cette boutonnière, on attire l'anse du gros intestin, reconnaissable à ses caractères habituels. Sa distension prouvera que l'obstacle siège plus bas. Après avoir amené l'anse au niveau de l'incision péritonéale, on la fixe sur son pourtour par quelques points de suture.

Après quoi, un pansement occlusif très soigneux est appliqué. Il ne reste plus qu'à attendre les premières adhérences. Le plus souvent, cette simple action d'attirer une anse au dehors suffit pour amener un amendement dans les phénomènes généraux : le pouls se relève, la douleur et le météorisme sont moins accentués. Aussi, pourra-t-on attendre sans inquiétude 24, 36 et même 48 heures avant d'ouvrir l'anse. Ce temps écoulé, on opère la section, sans perdre de vue le but qu'on recherche, à savoir la création d'un anus artificiel essentiellement momentané. Aussi, peu importe que l'orifice inférieur soit à l'abri du courant des matières. On se contentera de pratiquer au thermo-cautère, sur le milieu de l'anse prolabée, une incision longitudinale, de façon à constituer une véritable petite bouche, facile à fermer dans la suite.

Pendant les jours suivants, est-il besoin de l'ajouter, on

multipliera les précautions de propreté et d'antisepsie du côté de la plaie. Dès ce moment, d'ailleurs, on a ainsi constitué, à peu près sans danger, avec le minimum de shock, un anus artificiel fonctionnant bien et permettant d'attendre une intervention ultérieure plus radicale.

Il est des circonstances où les phénomènes de l'occlusion, au lieu de diminuer, subissent une véritable aggravation, une fois l'anse prolabée au dehors. Dans ce cas, il ne faudrait pas hésiter à évacuer l'intestin immédiatement. C'est l'évacuation immédiate qu'on devra également pratiquer si l'état général est dès l'abord trop grave en raison d'une occlusion installée depuis trop longtemps, comme dans l'observation citée dans la thèse du docteur Moyroud (1) (p. 31).

Pour remédier à des accidents immédiatement graves, et s'entourer des conditions les plus favorables, on ne se préoccupera nullement du devenir de l'anus artificiel et de la formation d'un éperon. Nous proposons en un mot, dans ces cas, d'employer la méthode décrite par le docteur Moyroud (*loco citato*), inspirée de celle de M. Desguin et imaginée par le docteur Duchamp. Rappelons rapidement ses principaux temps. L'anse est attirée et fixée au dehors, momentanément, comme dans l'opération de Maydl-Reclus. La région étant tout entière convenablement protégée, un fil de grosse soie suture le bout inférieur de l'anse au niveau de la boutonnière cutanée. Une pince de Terrier saisit l'anse un peu plus haut, de façon à ménager, entre la partie pincée et la partie ligaturée, un

---

(1) Dr Moyroud. — De l'Evacuation immédiate de l'intestin dans le création d'un anus colique. *(Th. Lyon*, 1899.)

espace libre sur lequel porte la section immédiatement pratiquée au thermo-cautère.

Le reste de l'anse est désinséré de son mésentère et déroulé au dehors. La toilette du champ opératoire minutieusement faite, les précautions prises pour éviter toute infection, on enlève la pince et on introduit par le bout supérieur de l'intestin un tube de verre ou de bois qu'on maintient solidement enserré par un ou deux fils de soie. Ces deux bouts intestinaux sont retenus à la paroi, grâce à quelques points de suture préalablement et soigneusement faits. Sur le bout libre du tube, on adaptera en outre un tuyau de caoutchouc qui, conduisant les matières loin de la plaie, évitera la souillure du pansement et de l'incision cutanéo-péritonéale.

La débâcle de gaz et de matières pourra se faire rapidement. Dans quelques cas, l'intestin, sous l'influence des perturbations qu'il subit, est frappé de paralysie. On peut alors, en adaptant un entonnoir au tube de caoutchouc, pousser sous faible et continue pression de véritables douches d'eau qui iront détacher les matières et les entraîneront

Une observation du Dr Moyroud, à laquelle nous avons déjà fait allusion, est un exemple de cette intervention facile, rapide et relativement peu dangereuse.

Malheureusement, dans ce cas, certaines circonstances de nature spéciale ont contribué à emmener la malade. Il s'agissait d'une femme présentant des troubles intestinaux depuis longtemps déjà. Des symptômes d'occlusion s'étaient installés depuis quinze longs jours, dus à un squirrhe annulaire jeté comme une ligature sur l'S iliaque, ainsi que l'apprit la laparotomie exploratrice. Des phénomènes

péritonéaux existaient, contre lesquels ont été impuissantes les ressources de l'opération.

Quel doit être le devenir de l'anus artificiel dans le cancer de l'S iliaque? Nous l'avons répété déjà plusieurs fois, les interventions radicales s'offrent là sous des auspices trop particulièrement favorables pour limiter le rôle du chirurgien. L'anus iliaque ne doit être qu'une façon de préparer le malade, de le rendre apte à supporter une entérectomie consécutive qui le débarrassera de sa tumeur cancéreuse. Cette entérectomie, quelle sera-t-elle? dans quel délai devra-t-on la pratiquer? deux questions dont la solution présente des difficultés bien différentes, nulles pour la première, très grandes pour la seconde. Nous allons d'ailleurs bientôt exposer l'entérectomie secondaire et discuter les délais propices à sa bonne réussite.

Ajoutons, pour en finir avec l'anus iliaque proprement dit et considéré comme une intervention vraie, qu'en dehors de son peu de gravité, il offre des inconvénients considérables. Il ne répond d'abord à aucun des deux buts que doivent rechercher les procédés de choix; le rétablissement du courant intestinal des matières et l'ablation de la tumeur. Il est inutile d'insister sur l'horrible situation du malheureux dont la paroi intestinale est incessamment souillée de matières fécales. Pour la tumeur même, dans notre cas du moins, comme le danger de généralisation est rarement imminent, il est bien entendu qu'on pourra prendre tout le temps suffisant, au mieux des intérêts du malade.

Si l'exposition et par suite la résection de la tumeur ont été faites en même temps que l'anus, rien n'empêche d'attendre pour pratiquer la cure de cet anus. La question

est à régler dès lors entre l'impatience souvent intransigeante d'un malade qui désire, qui attend une guérison définitive, et la conscience du chirurgien qui veut entourer cette guérison des garanties les plus sérieuses...

/

Entérectomie secondaire

L'entérectomie en deux temps reste, dans la majorité des circonstances, la meilleure opération. Elle se fait avec une assurance beaucoup plus grande sur un terrain toujours admirablement préparé. Lorsqu'un malade subit une résection immédiate au cours d'accidents occlutifs graves, il en est tout autrement. Le shock opératoire vient en effet surajouter son action redoutable aux phénomènes déjà inquiétants de la rétention fécale.

C'est avec raison que M. de Bovis, jugeant l'entérectomie idéale pratiquée au cours d'une obstruction, porte le jugement suivant : « L'audace heureuse de quelques chirurgiens ne doit donc pas nous faire perdre de vue un principe déjà universellement admis, que l'entérectomie n'étant pas et ne devant pas être une opération d'urgence, doit être pratiquée « à froid ». L'observation rigoureuse de ce principe aurait encore sensiblement allégé la mortalité post-opératoire. »

Dans cette entérectomie tardive, le premier temps sera donc l'installation d'un anus contre nature. Le bon fonctionnement de celui-ci, en vidant complètement l'intestin de toutes les matières accumulées, diminuera le météorisme

et les phénomènes péritonéaux ; il relèvera complètement l'état général.

Nous n'avons malheureusement qu'une observation, d'ailleurs très remarquable et très instructive à ce point de vue, à publier dans ce travail.

En nous aidant des observations publiées antérieurement, nous avons pu établir les quelques préceptes suivants.

L'anus étant installé, on attendra que tous les symptômes se soient complètement amendés, pour passer au deuxième temps, l'entérectomie. Il est difficile d'indiquer une date absolue; une série de circonstances peuvent en effet influer sur cette durée. Chaque cas, pourrait-on dire, se comporte à sa façon propre. En général, quelques semaines, telle est la date d'utilité, mais l'intervalle peut être beaucoup plus long.

Quand le malade aura été convenablement préparé, on pourra attaquer et la tumeur et l'anus. Le bistouri dissèque la paroi en circonscrivant l'anus ; les bouts intestinaux sont saisis par les pinces de Terrier et peu à peu libérés. L'anse malade étant amenée complètement à l'extérieur, le mésentère sectionné aussi largement qu'on le suppose nécessaire, on résèque la portion de l'intestin dont on juge utile de débarrasser l'organisme. On complètera par une suture en deux ou trois plans, en adaptant les deux bouts intestinaux calibre contre calibre, ou en faisant l'anastomose latéro-latérale.

La cure de l'anus est faite à part, ou bien on peut le comprendre avec la tumeur sur la portion d'intestin réséquée (Obs. VI).

Certains chirurgiens préfèrent installer préalablement

une solide suture latéro-latérale et terminent l'opération en réséquant l'anse cancéreuse.

En somme, le manuel opératoire de cette résection tardive ne diffère que très peu de celui qu'on emploie dans l'entérectomie idéale.

Telle doit être la ligne de conduite la plus sage à suivre toutes les fois que le malade n'ayant pas été longtemps étudié, le chirurgien n'a pas pu à l'avance poser son diagnostic et devancer les accidents graves de l'occlusion, grâce à une intervention radicale exécutée dans des conditions parfaites. Devons-nous ajouter que la clientèle hospitalière nous fournit à peu près toujours des malades relevables de l'opération tardive ?

Entéro-anastomose

Parmi les autres procédés dont nous pourrions signaler et discuter l'emploi, nous ne retiendrons que l'entéro-anastomose. Or, celle-ci ne peut-être de mise que dans le cas d'adhérences très prononcées, ou de tumeur très volumineuse empêchant une ablation définitive et complète. C'est, dès lors, une opération difficile et dangereuse, car elle s'adresse à des tumeurs plongeant bas dans le pelvis, et attenant plus ou moins au rectum. Son étude relève peu du cadre étroit de ce travail.

Il est aisé de comprendre que les interventions peuvent être variées à l'infini. Leur énumération ne saurait rien ajouter à notre sujet. Nous tenons, avant tout, à

montrer les opérations les plus rationnelles, les seules qui peuvent répondre parfaitement aux caractères habituels que nous avons assignés au cancer de l'S iliaque.

Si quelque particularité doit modifier ou entraver l'opération proposée dans un cas donné, il restera au chirurgien à s'ingénier de façon à prendre sur le champ une initiative féconde et heureusement adaptée aux circonstances.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT D'EXCEPTION

Méthode de l'Exposition

OBSERVATION VII (*Inédite*)

Communiquée par M. DUCHAMP

Néoplasme de l'S iliaque. — Ablation de la tumeur après exposition. — Guérison.

F... Antoine, âgé de 60 ans, soigné à Saint-Chamond par M. le docteur Mermet qui l'envoie à l'hôpital de Saint-Etienne, où il entre dans le service du docteur Duchamp, le 10 septembre 1900. Les accidents actuels datent de deux mois. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu avant cette époque le moindre trouble digestif. *Pas de constipation*, selles normales. Il y a deux mois, il s'est aperçu que ses gardes robes étaient molles au lieu d'être fermes comme auparavant ; mais elles ne contenaient ni glaires, ni sang. Au début, pas de coliques, mais celles-ci se produisirent peu à peu en s'exagérant, si bien que le 14 août, F... devait cesser son travail.

A l'entrée à l'hôpital, le ventre est ballonné d'une manière uniforme. On ne constate pas de tumeur par le palper. Sonorité générale de l'abdomen. Le toucher rectal est négatif. L'état général du malade est bon ; il s'alimente peu, de crainte

de vomir, ce qui lui arrive dès qu'il prend autre chose que quelques verrées de lait. Pas de selles depuis huit jours, mais émission de gaz.

Le malade est tenu en observation ; il reçoit des lavements, mais ceux-ci sont rejetés à mesure qu'on les donne ; ils ressortent teintés en jaune. Bientôt, les émissions gazeuses deviennent plus rares, puis se suppriment ; les coliques sont plus violentes, et les anses intestinales se dessinent sur la paroi du ventre.

Diagnostic. — Cancer probable de l'S iliaque ou de la partie supérieure du rectum. L'intervention est décidée.

Opération. — Le 22 septembre 1901, le docteur Duchamp fait une laparotomie médiane. Le colon descendant est dilaté, on le suit dans la direction du rectum, et bientôt on trouve sur l'S iliaque, dans sa portion terminale, une petite tumeur de consistance dure, étranglant l'intestin à la façon d'une ligature. Cette tumeur prolabée dans le bassin est libre, sans aucune adhérence. On essaie de l'attirer entre les lèvres de la plaie, mais on rencontre une résistance qui ne provient pas du méso qui est large, mais du segment intestinal sous-jacent qui se tend à la façon d'une corde pendant les tractions. Il est bien évident que, si on résèque l'anse malade, le bout inférieur sera trop profondément situé pour qu'on puisse le suturer au bout supérieur commodément, c'est-à-dire faire une bonne suture et protéger le péritoine voisin contre toutes les souillures. En examinant ce que l'on peut faire, on s'aperçoit qu'en attirant la tumeur le plus qu'on le peut, sans déchirer l'intestin, on peut l'approcher de la paroi abdominale, à gauche, un peu en dedans de l'épine iliaque. En refoulant en dedans cette paroi, on a la sensation qu'il est possible, en la déprimant, de faire issir la tumeur en dehors du ventre. Aussitôt, une incision est faite à la paroi parallèle à l'arcade de Fallope et en dedans de l'épine iliaque. La tumeur poussée dans cette ouverture fait bientôt saillie au dehors ; le méso-colon est traversé au-dessous d'elle par une pince à pression continue dont les mors, s'écartant, agrandissent l'ouverture et attirent un rouleau de gaze iodoformée qui empêchera la réduction de l'anse malade. Ceci fait, on vérifie le bout infé-

rieur du colon iliaque ; celui-ci est tendu mais il ne paraît pas menacé de sphacèle ou de rupture. L'incision médiane est refermée à trois étages.

L'opération achevée, on voit l'anse herniée portant à son centre la petite tumeur de chaque côté de laquelle sont 3 à 4 centimètres d'intestin sain. La paroi abdominale est déprimée au niveau de la hernie.

Suites opératoires — Quelques vomissements au début. — Pas de température. — Le lendemain coliques très vives que l'on combat avec des piqûres de morphine. On attend quarante-huit heures pour ouvrir l'intestin afin de laisser bien le temps aux adhérences de se former. L'ouverture est faite au thermo-cautère sur la convexité de l'anse, au-dessus du néoplasme. Ecoulement des matières, cessation des coliques.

Le rouleau de gaze iodoformée est conservé au dessous de l'anse herniée dans la crainte d'une réduction partielle qui serait probable, étant donné le tiraillement qu'a subi la portion terminale de l'intestin. Pour cette même raison, on diffère la section du néoplasme, pour éviter la rentrée brusque du bout inférieur. Au bout de quatorze jours, jugeant les adhérences suffisantes, le chirurgien place deux liens élastiques par l'ouverture du mésocolon et le serre sur chaque bout intestinal au ras du ventre. La tumeur est laissée en place ; le lendemain, les ligatures sont enlevées et les parties mortifiées, dont la tumeur, excisées. Le résultat de l'intervention est l'établissement d'un anus contre nature fonctionnant facilement. A côté de cet orifice et en dedans, on distingue, l'ouverture du segment inferieur resserrée et un peu enfoncée.

Dès le début, le pansement de l'incision médiane a été protégé par de la gutta dont les bords étaient collés à la peau avec du collodion ; aussi sa réunion s'est-elle faite sans suppuration.

Le rétablissement est rapide, et l'opéré quitte le service. Il y revient le 11 décembre 1901, demandant à être débarrassé de son anus iliaque.

2me Opération. — Le 18 décembre, le ventre est ouvert sur le trajet de la première incision. On trouve le bout inférieur du colon tendu ; on voit que, malgré que le ventre soit devenu plat par suite de la disparition du ballonnement, on aura les

plus grandes difficultés à faire une suture correcte, c'est-à-dire de toute sécurité. On referme l'abdomen.

Quinze jours après, F... retourne chez lui.

3me Opération. — Deux mois après, F... revient demandant le rétablissement de son conduit intestinal et la fermeture de son anus artificiel. A ce moment, le bout inférieur de l'intestin n'est plus visible. Pour le trouver, il faut pousser par l'anus une injection, et on finit par voir un petit pertuis par lequel sort le liquide injecté. Un stylet de petit calibre y est introduit, puis une bougie uréthrale n° 5, de la filière Charrière. Le doigt introduit dans le rectum sent bientôt la pointe de la bougie qui est amenée en dehors de l'anus. On y fixe un fil de soie de faible calibre qui est amené, en retirant la bougie, jusqu'à l'ouverture abdominale ; on a dès lors une anse de fil allant de l'anus vrai à l'anus artificiel ; ce fil est remplacé progressivement par des fils plus gros et plus nombreux, si bien qu'on arrive à dilater cet orifice punctiforme, au point d'y introduire le petit doigt. On peut alors, en les guidant avec les doigts, introduire, dans chaque bout intestinal, une branche de l'entérotome de Dupuytren, que l'on serre en s'assurant qu'aucune anse voisine n'est pincée. (30 avril 1902.)

L'entérotome est libre au bout de huit jours. On s'assure que l'éperon est reculé et qu'une cavité se forme. Pour l'agrandir, on fait une seconde application de l'entérotome (15 mai 1902). L'instrument tombe au bout d'une semaine. Le cloaque formé est large ; on peut tenter de fermer la fistule abdominale.

Le 31 mai, anesthésie ; on décolle avec soin la muqueuse qu'on rebrousse en dedans, et on suture les faces cruentées entre elles. Pendant ces manœuvres, le péritoine est ouvert sur une petite étendue ; il est protégé par une lanière de gaze.

Le soir même de l'opération, les gaz passent par l'anus et le lendemain une selle suit le même chemin ; mais le quatrième jour, le pansement abdominal est souillé et l'on voit que la suture n'a tenu que partiellement. Le résultat de l'intervention est cependant satisfaisant, car les selles passent en majeure partie par l'anus ; le malade estime qu'un quart à peine s'échappe par la fistule abdominale. Une ou plusieurs opéra-

tions complémentaires seront nécessaires pour fermer complètement la fistule.

Discussion — L'ablation d'une tumeur de l'intestin précédée du maintien en dehors de cette tumeur pendant quelques jours a reçu de Bloch le nom de procédé d'*Exposition*. Ce n'est évidemment pas le procédé de choix dans l'exérèse des cancers de l'intestin. Il aboutit, en effet, à la création d'un anus artificiel dont la cure peut exiger de multiples opérations.

L'opération idéale consiste dans l'ablation de l'anse malade, suivie du rétablissement immédiat du canal intestinal par une suture bout à bout ou latérale. Mais, pour pratiquer cette suture, certaines conditions sont nécessaires. S'il est possible d'attirer les extrémités du conduit à rétablir, de les extérioriser à travers la plaie abdominale, la suture est facile dans son exécution et sûre dans ses résultats. La protection du péritoine est assurée par des compresses entourant le champ de la suture, et l'opération a toutes chances de succès. Ces chances diminuent à mesure que les parties à suturer sont plus profondes ; elles deviennent faibles quand la suture doit se faire à une certaine profondeur. Cette proposition doit être évidente pour tous ceux qui, habitués à la chirurgie viscérale, savent avec quel soin minutieux les sutures doivent être pratiquées.

Dans notre cas, le siège de la tumeur sur la partie terminale de l'S iliaque et la résistance à la traction du segment intestinal sous-jacent à la tumeur forçaient l'opérateur à suturer l'intestin en pleine cavité abdominale et presque dans le pelvis ; on ne pouvait dès lors répondre et de faire une très bonne suture et de protéger suffisamment le péritoine ; l'opération devenait dangereuse. N'était-ce pas le cas de recourir à l'exposition de la tumeur, puisque, avec quelques tractions prudentes, on pouvait l'obtenir ?

L'exposition, tout en ayant les défauts que nous avons signalés, a pour elle le grand avantage d'être d'une innocuité à peu près absolue. Attirer au dehors une anse intestinale porteur ou non d'un néoplasme, la maintenir par un rouleau de gaze traversant le méso et ne l'ouvrir que lorsque les adhérences protectrices du péritoine sont établies, est une opération d'une grande bénignité. Dans notre cas, le bénéfice était

double, puisqu'on supprimait à la fois et la tumeur et l'obstruction intestinale.

La conduite adoptée ici est justifiée par la résistance du bout inférieur de l'intestin, résistance telle qu'une laparotomie pratiquée trois mois après montre ce segment intestinal tendu au point qu'on renonce à libérer les deux bouts et à les suturer Cette traction exercée par le segment inférieur avait causé l'oblitération presque complète de son abouchement à la paroi abdominale, ce qu'on n'observe pas habituellement en procédant dans les mêmes conditions.

Il ne restait plus, après dilatation du bout inférieur, qu'à recourir à l'entérotomie de Dupuytren ; il ne fallait pas songer à libérer les deux bouts dans la plaie et à les suturer directement (ce qui est le procédé habituel), le bout inférieur aurait fui dans l'abdomen. Deux applications de l'instrument de Dupuytren ont créé un cloaque large qui a permis de refermer partiellement la fistule ; le reste sera une affaire de patience et de temps.

OBSERVATION VIII (*résumée*)

(Dr Stutsgaard), publiée dans le *Nord. Méd. Arkiv.* 1894
empruntée au traité de de Bovis

Femme, 42 ans. Curettage utérin en janvier 1892, pour hémorrhagies utérines. Syphilis à 19 ans. Constipation et douleurs abdominales ; depuis trois semaines, elle doit garder le lit. Perte de l'appétit, vomissements : ceux-ci ont été fécaloïdes ces jours derniers. Les lavements n'ont produit aucune amélioration. Jamais de sang dans les selles.

Le ventre se ballonnant de plus en plus et devenant de plus en plus douloureux, la malade entre le 24 juin 1892 à l'hôpital : langue sèche, pouls petit, irrégulier, angoisse, facies grippé ; ventre modérément gonflé. Borborygimes et péristaltisme. Submatité à la percussion dans les flancs ; pas de fluctuation ; sensibilité et ballonnement plus marqués à gauche. Utérus mobile. Aucune tumeur perceptible.

Le 25 juin, colotomie iliaque gauche : issue d'un liquide ascitique abondant, clair et citrin ; fixation de l'intestin à la paroi à l'aide de deux paires de sutures et une baguette passée dans le mésentère. Ouverture de l'intestin : issue abondante de matières, affaissement du ventre. Le 27, il sort par l'anus artificiel des noyaux de cerises, des pépins d'orange et de pomme : la malade n'en avait pas mangé depuis le mois de janvier.

Le 13 juillet, on résèque l'S iliaque avec la tumeur qu'elle porte et un coin mésentérique ; pas de glandes hypertrophiées. Au microscope, on trouve un épithéliome.

Le 28 septembre 1892, la malade va très bien. La malade, revue le 23 mars 1893, ne présentait pas trace de récidive, allait très bien et avait des selles normales. Elle avait eu dans l'intervalle une éruption de gommes syphilitiques, qui disparurent par le traitement mercuriel.

OBSERVATION IX (*Résumée*)

(Dr Stustgaard), publiée dans le *Nord. Méd. Arkiv.*

Empruntée au travail de de Bovis.

Femme, 65 ans. En juillet 1892, apparaissent de la constipation, des douleurs et des vomissements ; l'appétit diminue ; le ventre se ballonne. Ces accidents se répètent, mais disparaissent momentanément avec les laxatifs. Jamais de sang dans les selles ; après chaque période de constipation, les matières étaient d'abord dures, puis liquides. Entrée à l'hôpital le 6 septembre 1892. Le 8, examen sous chloroforme : pas de tumeur perceptible dans le petit bassin. Un lavement administré ressort clair. Toucher rectal négatif. Résistance au-dessus de l'arcade de Fallope, mais la tension du ventre empêche une palpation profonde.

Le 9 septembre, laparotomie oblique latérale gauche. On attire l'S iliaque au dehors sur une longueur de 10 centimètres, et on la fixe à la paroi ; au cours de cette manœuvre, elle fut un peu déchirée.

L'épiploon adhérait à l'intestin. Pas de glandes. Le 10, on ouvre l'anse au termocautère ; il sort des gaz et des matières en abondance. Dans la suite, la malade fait une pneumonie.

Le 4 octobre 1892, on résèque l'S iliaque ; entérorrhaphie à deux plans de sutures (soie). Drainage. Gaz le 6, selle spontanée le 8. La convalescence est retardée par la formation d'une fistule fécale. Le 2 décembre, exeat ; il existe encore une fistulette. Plus tard, la fistulette s'agrandit et se transforme en un véritable anus artificiel ; en tout cas, la malade va bien et n'a pas de récidive.

OBSERVATION X

(Dr F.-M. Caird, d'Edimbourg.)

Empruntée au livre du Dr de Bovis.

M. D.., 60 ans, fort et en bon état. Opération pour obstruction, le 19 mars 1895.

Il y a environ trois semaines, il avait eu une crise semblable, mais moins violente. Habituellement constipé ; depuis peu, léger amaigrissement. La région cœcale est ballonnée, pleine et sensible au toucher. Le rectum est vidé par des lavements et ne contenait guère plus d'une pinte de liquide.

Opération. — Incision de la colotomie lombaire. Une anse distendue de l'S iliaque est attirée à la plaie et en tirant sur son extrémité distale, une masse carcinomateuse, suivie d'une anse vide et affaissée, vient à se montrer. Le tout est laissé en dehors de la plaie, et un anus artificiel est établi, en fixant un tube de Paul au-dessus du rétrécissement cancéreux, avec l'intention de réséquer ce dernier ultérieurement.

Va bien jusqu'au 25 mars ; est pris alors de délire maniaque, dû à une intoxication iodoformée. La suppression du toxique et un pansement approprié amènent une rapide amélioration. Résection de la tumeur et entérorraphie circulaire le 9 avril Suites normales. Un peu plus tard, l'abcédation d'un point de suture occasionne une fistule cœcale, de forme valvulaire à l'heure qu'il est, et n'admettant qu'un simple crayon ; bien que

les gaz s'échappent parfois, le malade vaque cependant à ses occupations sans grand ennui. Une opération plastique sera peut-être nécessaire pour clore la fistule.

OBSERVATION XI (*Résumée*) (1)

M. le Dr W. Edmunds. — Transact. of the Clin. Soc. of London, XXVII, 1894

Résultats éloignés. Transact. de 1897

Le malade, un homme de 56 ans, est admis à l'Hôpital Saint-Thomas, en juin 1892. Depuis six mois, il était constipé et avait ressenti des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, deux symptômes auxquels il n'était pas sujet d'habitude. Trois semaines avant son admission, il avait eu une attaque d'occlusion intestinale qui avait duré douze jours et n'avait pas été traitée.

A l'entrée, léger météorisme abdominal. Le Dr Havkins le vit avec moi. Nous pensâmes à une occlusion cancéreuse du gros intestin. Incision médiane et laparotomie exploratrice. On trouve sur l'anse sigmoïde un cancer déterminant un rétrécissement serré. La partie de l'intestin malade est amenée à la paroi, et une tige de verre passée à travers le mésentère, sous deux ganglions volumineux qu'il renferme. La tumeur est abandonnée quatre jours. Pendant ce temps, les gaz passent sans difficulté.

Pansement fait d'abord à la toile imperméable et causant de la rétention de pus. On le remplace par un autre pansement qui permit de drainer la plaie et de laisser se former les adhérences.

Le quatrième jour, on estime la cavité abdominale suffisamment protégée par les adhérences. On sectionne toute la partie

(1) Pour cette observation et la suivante, nous avons eu recours à l'obligeance de notre excellent camarade M. Ducarre, interne à Saint-Etienne, qui a bien voulu traduire de l'anglais le texte original. Nous le remercions vivement.

de l'intestin envahie par la tumeur, au-dessus et au-dessous de celle-ci, et on l'enlève ainsi que le mésentère correspondant et les deux ganglions qu'il renferme. Anastomose des deux bouts de l'intestin.

Huit heures après, selle bien moulée. Les trois ou quatre jours suivants, l'intestin fonctionne normalement, mais les sutures intestinales ne tiennent pas et un anus artificiel se forme.

Trois mois environ après l'opération, les matières passaient à peu près en totalité par l'anus artificiel. Le malade réclame une nouvelle intervention pour remédier à cet état de choses. Après discussion, on décide d'anastomoser le bout inférieur et le bout supérieur et d'obturer ainsi l'anus artificiel.

On décide de s'en tenir au procédé de Halsted qui est une anastomose latérale comme l'opération de Senn, mais qui n'utilise pas de plaques, et dont les sutures, au lieu de prendre toute l'épaisseur des parois intestinales, passent à travers la musculeuse et la séreuse et s'arrêtent dans la sous-muqueuse, où elles prennent un point d'appui.

Ouverture de l'abdomen par une incision longitudinale un peu à gauche de la ligne médiane. Impossibilité d'amener en dehors les bouts intestinaux qui sont retenus dans l'abdomen par des adhérences très solides. Par suite, l'opération est faite à l'intérieur de l'abdomen, ce qui en augmente considérablement les difficultés. Drainage par un tube court qui passe à travers la paroi. Peu à peu on parvient à enlever le drain, et la paroi intestinale se ferme complètement.

Après cette opération, les matières passent « per anum », sauf une partie qui s'échappe par l'anus artificiel. De ce côté, éperon très considérable rendant bien distinct les deux orifices intestinaux. Le doigt arrive jusqu'à l'orifice circulaire d'Halsted et peut le franchir à frottement.

Trois mois après, on essaye de clore l'orifice supérieur de l'anus artificiel en jetant sur lui quelques sutures à la Lembert. Comme résultat, passage des matières à travers l'orifice de Halsted, mais reflux d'une petite quantité par le bout inférieur de l'anus artificiel. Celui-ci a tendance à se fermer. Malgré cette constatation, on intervient pour essayer de le clore en rappro-

chant l'orifice de l'anus artificiel de l'orifice de Halsted et en les réunissant l'un à l'autre.

Les matières passent en effet facilement par la voie naturelle, mais il se constitue une fistule permettant l'introduction d'un crayon et donnant issue à une petite quantité de matières.

Nouvelle intervention pour clore la fistule. — Résultat médiocre. — Persistance d'une fistulette.

Selles normales. — Quinze mois après la première opération le malade va bien.

Résultats éloignés en 1897. — La continuité de l'intestin s'était complètement rétablie et la malade a conservé une bonne santé jusqu'aux derniers mois de sa vie. La mort survint trois ans et trois mois après l'opération, au milieu de symptômes pulmonaires.

OBSERVATION XII

(Dr Marsh). — Midland. méd. soc., in *Lancet* (Mars 1897).

Femme de 35 ans, admise, en juin 1892, à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, pour une obstruction intestinale datant de cinq mois, mais devenue complète depuis dix jours. Abdomen tympanisé et très tendu à la palpation. On ne sent rien par l'examen externe, ou par le toucher rectal et vaginal. Les lavements ne donnant aucun résultat, une laparotomie médiane exploratrice est pratiquée le 24 juillet. On trouve, sur l'S iliaque, un cancer, cause de l'occlusion. On l'amène à la paroi, sans grande difficulté, en même temps que la partie de l'intestin attenante, et on la fixe suivant le procédé décrit pour la première fois par Marsh en 1890, en passant une tige de verre à travers le mésocolon. Le lendemain, petite incision au-dessus du point rétréci, pour donner issue aux matières et aux gaz. Le 31 juillet, la totalité de l'anse prolabée est enlevée au thermocautère. Fragilité des adhérences au niveau de l'angle inférieur, où apparaît une hémorrhagie légère. Pince placée pour éviter la rentrée de cette partie de l'intestin au fond de l'abdomen. Le patient se rétablit vite et quitte l'hôpital huit jours après, avec un anus artificiel très satisfaisant.

La partie rétrécie était constituée par un carcinome annulaire. Comme la patiente était en état de collapsus au moment de l'opération et que l'abdomen et l'intestin étaient très distendus, Marsh crut sage d'attendre quelques mois avant d'établir une anastomose intestinale. Le 10 novembre, la malade fut délivrée de son anus artificiel, qui s'était resserré et induré. La lumière du bout inférieur est extrêmement rétrécie, d'où difficulté pour réunir les deux bouts. Pas de récidive ni localement ni dans les ganglions abdominaux. Un bouton avait fait l'anastomose; il tombe dans le rectum onze jours plus tard. La malade avait augmenté de poids depuis sa colectomie. Actuellement, les selles se font facilement. Elle se porte très bien.

C'est par O. Bloch, le premier, que fut tenté l'opération pratiquée dans les diverses observations que nous venons de citer et qui nous permettront de comprendre et de discuter le procédé dans les pages suivantes.

O. Bloch appelle cette intervention, la méthode de l'exposition. Après lui, plusieurs chirurgiens étrangers ont imité sa manière de faire : Allingham (1893), Edmunds (1893), Hahn (1894), Israël (1894), Stutsgaard (1894), Caird (1895), Hochennegg (1887), Marsh (1897). En France, quelques auteurs ont discuté l'opportunité et la valeur de l'exposition, d'autres ont conservé à son égard le plus complet silence. En tout cas, aucun chirurgien français ne l'a expérimentée dans sa pratique personnelle.

Comme on a pu le voir, par la lecture de nos observations, le procédé de l'exposition est un procédé spécial de résection tardive en deux ou plusieurs temps de l'S iliaque cancéreuse ; quelquefois, il a été pratiqué plus haut que le colon pelvien, sur le gros intestin.

Il consiste essentiellement dans la manœuvre suivante : luxer la tumeur cancéreuse avec l'anse qui la porte, en dehors de la paroi abdominale, l'exposer à ce niveau, et attendre que des adhérences assez solides se soient constituées, avant de réséquer la portion d'intestin malade.

Pour faire l'exposition systématiquement, la façon de procéder est la suivante : une incision est faite soit directement sur la ligne médiane, soit latéralement comme pour l'installation d'un anus sur l'S iliaque. L'anse sigmoïde est alors saisie en un point quelconque. On l'attire peu à peu au dehors en la déroulant de façon à extérioriser la partie de l'intestin qui avoisine le cancer. Le tout est laissé en place, maintenu par une mèche de gaze iodoformée roulée qui chevauche la plaie cutanée à travers le mésentère.

Si les phénomènes d'obstruction sont très marqués, on procèdera comme nous l'avons indiqué au chapitre précédent, en ponctionnant le colon au bout d'un temps varié et en créant un véritable anus artificiel, immédiatement au-dessus de la néoplasie.

L'intestin a-t-il au contraire un rétrécissement assez pérméable, il est abandonné à lui-même un nombre de jours variable jusqu'à ce que des adhérences solides se soient constituées entre lui-même et les tissus voisins. Fixer un délai habituel est impossible, chaque cas se comportant différemment ; des auteurs ont attendu quatre jours, d'autres huit, dix jours et davantage. A ce moment on sectionne l'intestin aux deux extrémités de l'anse prolabée et on l'enlève en même temps que le mésentère phérent réséqué en coin. On a ainsi créé un anus artifi-

ciel avec deux orifices abouchés à la paroi abdominale.

Dès ce moment, la marche à suivre va être différente suivant les cas ; elle ne relève pas du tout de la méthode de l'exposition proprement dite. En général, on tente immédiatement la cure radicale de cet anus, en anastomosant les deux bouts directement. Rien de constant à cet égard. On peut voir, en effet, dans notre observation, qu'on s'en est tenu d'abord à la simple installation de l'anus artificiel. Qu'il soit abandonné à lui-même directement ou qu'il se forme plus tard par suite de la rupture de l'anastomose intestinale, l'anus artificiel est ici extrêmement rebelle. Aussi après un délai ordinairement court, le malade réclame et le chirurgien pourra décider une nouvelle intervention purement autoplastique. Nous devons ajouter que, malheureusement, la cure chirurgicale a rarement une terminaison heureuse ; des adhérences solides se sont installées qui retiennent l'intestin voisin dans la cavité pelvienne, empêchent un rapprochement des deux bouts, compromettent le résultat, et, en tout cas, rendent l'intervention elle-même extrêmement difficile. Aussi voit-on les chirurgiens essayer plnsieurs tentatives successives pour amener la cure définitive d'un anus rebelle ou d'une fistule ancienne : Steffens fit cinq laparotomies successives, Edmunds intervint cinq fois également. Le malade de M. Duchamp fut pendant de longs mois soigné dans son service, à l'hôpital, et plusieurs fois l'on intervint pour tenter la cure de son anus. La nature même de ces interventions varie à l'infini suivant les circonstances, comme on peut s'en convaincre d'ailleurs, par les quelques cas dont nous avons rapporté l'histoire.

Il est des cas où l'exposition est due au hasard. Hahn et Israel, dans leur communication racontent comment une colotomie pratiquée d'urgence, ménagea un issue à la tumeur qui se prolaba peu à peu au dehors et resta depuis lors fixée à l'extérieur. Par la suite, cette tumeur fut traitée comme dans l'exposition typique.

Habituellement, comme pour notre observation, le chirurgien fait une laparotomie exploratrice et ce sont les circonstances qui l'obligent en quelque sorte à s'arrêter au procédé dont nous parlons dans ce chapitre.

Comme on le pense bien, les chirurgiens ont tous des avis variables sur les indications de cette intervention. Bloch la considère volontiers comme un traitement de choix et en généralise l'emploi. Il n'y a plus pour lui seulement des conditions relatives, il y a des conditions absolues. Aussi, le procédé sera indiqué toutes les fois que l'on aura à faire à une tumeur très petite, très mobile, facile à attirer au dehors. Il sera nécessaire également de trouver un mésenterie souple, d'une longueur suffisante. C'est en effet, une contrindication absolue et logique de trouver un mésentère gagné par le processus sclérogène probablement de nature cancéreuse, ou trop court pour permettre la manœuvre qui consiste à attirer l'anse au dehors. Dans le premier cas, on court grand risque de faire une opération manifestement incomplète ; dans le second, on a des chances sérieuses en tiraillant et traumatisant le mésentère, de déterminer pendant le délai de l'exposition proprement dite, une véritable gangrène du mésentère.

M. Duchamp, au contraire, juge l'importance du procédé tout différemment. C'est, quand l'opération de

choix est considérée comme trop difficile ou trop dangereuse, tout en laissant l'exposition possible, qu'on se décide pour cette dernière. Donner des règles fixes serait difficile. Notre cas inédit peut être considéré comme constituant une observation typique et fournissant, par suite, les principales indications. Si donc, avec une tumeur très petite et mobile, le bout de l'anse inférieure étant trop bas situé, que l'anastomose doive être faite au fond du bassin avec des conditions d'asepsie ou d'antisepsie difficiles à observer rigoureusement et que, cependant, la tumeur puisse être amenée en un point de la paroi, on établira, à ce niveau, une incision sur l'abdomen et on fera prolaber la tumeur ; puis on procèdera comme il a été fait par tous nos devanciers danois, allemands et anglais.

La critique du procédé est assez facile à exposer dans ses principaux points. Avant tout, on doit dire qu'il constitue une opération très facile et très bénigne. Faite systématiquement, elle nécessite une incision insignifiante et se pratique rapidement avec le minimum de shock. D'autre part, les chances d'infection sont extrêmement réduites puisque chaque temps est calculé et qu'on intervient après avoir entouré son champ opératoire d'adhérences protectrices.

Aussi, le pronostic de l'exposition proprement dite est-il remarquablement bénin pour ce qui se rapporte aux suites immédiates de l'intervention. Aucun des auteurs qui l'ont pratiquée n'a pu signaler de mort relevant directement de l'opération proprement dite. Les dangers, sont, en effet à peu près nuls si on opère dans de bonnes conditions. Le malade d'Edmunds vécut quarante

mois. Le sujet de notre observation inédite est en très bonne santé neuf mois après la première intervention. Il ne s'agit pas de cas exceptionnels d'ailleurs, car on pourrait multiplier les exemples.

Immédiatement, l'exposition peut rendre les mêmes services qu'un anus artificiel. On peut en effet, lorsque les phénomènes d'occlusion sont graves, pratiquer sur l'intestin une ponction évacuatrice qui permettra de relever rapidement l'état général du sujet.

A côté de ces avantages bien appréciables, nous pouvons malheureusement citer certains inconvénients qui font que l'exposition restera toujours d'un emploi limité. Il paraît peu logique, pour commencer, de faire dans un cas de cancer une intervention presque aveugle, une intervention qui paraît a priori parfaitement incomplète. On sectionne en effet une longueur d'intestin limitée souvent trop faible pour être suffisante; le coin mésentérique accessible au chirurgien sera forcément de petites dimensions.

Il reste impossible en outre, de savoir ce qui reste dans la cavité abdominale et si des ganglions ne vont pas continuer dans la profondeur le processus néoplasique. Quand l'exposition est précédée comme dans notre cas d'une grande laparatomie exploratrice, un examen soigneux de la cavité pelvienne peut être pratiquée.

L'objection semble trouver néanmoins dans cette affection une sorte d'excuse. N'avons-nous pas insisté à plusieurs reprises sur les caractères relativement bénins du cancer de l'S iliaque? La tumeur est petite, s'atrophie le plus souvent sur place D'habitude, il n'y a pas de ganglions dans le mésentère. Quand ils existent, ces ganglions

néoplasiques sont peu nombreux, bien limités, ont une allure torpide, répètent en un mot les caractères de la tumeur primitive.

Dans le cas d'Edmunds, où on s'est contenté d'enlever deux ganglions volumineux sortis avec le mésentère, sans rechercher profondément d'autres traces de généralisation, le malade se portait encore très bien, plus de trois ans après l'opération. Il ne mourut qu'au quarantième mois d'une affection pulmonaire dont Edmunds ne spéficie pas la nature.

Un grave inconvénient de l'exposition se rapporte au devenir des bouts intestinaux sectionnés. On voit en effet qu'on tente en vain la suture immédiate de ces deux bouts; toujours l'aboutissant est un anus artificiel vrai, ou une fistule d'importance variable. Il est donc probable que l'intestin se trouve par le fait dans des conditions de moindre opérabilité. Les essais de restauration s'imposent d'ailleurs fatalement. Ils constituent toujours un ennui grave pour le malade et ne sont pas toujours sans danger. Quelquefois même, ils pourront entraîner la mort qui n'est plus dans ce cas fonction de la néoplasie, mais d'une péritonite aiguë surajoutée.

En somme, procédé peu dangereux en lui-même, mais nécessitant par la suite une série d'interventions qui peuvent causer la mort. Nous croyons qu'il y a lieu de connaître ce procédé qui a fait ses preuves et qui est susceptible de rendre quelques services dans certaines circonstances exceptionnelles. Il nous paraît inutile d'établir un long parallèle avec les procédés de raison qui conservent leur supériorité indiscutable.

— —

CONCLUSIONS

Le cancer de l'S iliaque présente macroscopiquement les caractères anatomiques qui suivent : C'est un squirrhe atrophique, bien limité, déterminant des rétrécissements annulaires très serrés, ayant peu de tendance à la généralisation.

Cliniquement, il est compatible longtemps avec un état général excellent. Le premier symptôme est presque toujours la constipation qui s'installe à longue échéance. L'occlusion complète est la terminaison fatale ; elle se fait brusquement ou est marquée d'abord par des crises plus ou moins graves d'obstruction momentanée.

Ce cancer est éminemment opérable. S'il est reconnu assez tôt et que l'état général soit suffisamment bon, il est justiciable de l'entérectomie idéale en une séance suivie de la suture intestinale, sans drainage.

Si l'état d'occlusion est inquiétant et déjà ancien, on devra toujours préférer à l'opération précédente l'entérectomie tardive. On se contentera d'abord de l'anus artificiel

pour vider l'intestin et mettre l'organisme en état de résister efficacement à une intervention plus grave.

Si, après laparotomie exploratrice, on juge que l'entérectomie est difficile et dangereuse ; si, d'autre part, la tumeur peut être amenée en dehors de l'abdomen, nous conseillons exceptionnellement la méthode de l'exposition avec résection tardive, proposée par Oscar Bloch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLINGHAM. — Intestinal obstruction. — In *Transact. of the Clin. Soc. of London*, 1894.

BENISSOVITCH. — Un cas de cancer de l'S iliaque. Extirpation. Entéro-anastomose à l'aide de plaques de pomme de terre. — In *Vratch*, 1898.

BINAUD ET LEGROS. — Cancer de l'S iliaque — Anus artificiel — In *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1897.

BLOCH. — On extra-abdominal behandling af cancer intestinalis (rectum derfra medtaget). — In *Nord. méd. Arkiv.*, 1892.

BLOCH. — Extra abdominal resektion af hele colon ascend. og et stykke af colon transv. for cancer. — In *Hospitalstid*, 1894.

BŒKEL. — Tumeurs du gros intestin et résection intestinale. — In *Ac. de méd.*, 1898.

BOIFFIN. — Du traitement chirurgical des tumeurs de l'intestin. — In *Rev. de Chir.* 1893.

BOVIS (DE). — Le Cancer du gros Intestin, Rectum excepté. — In *Rev. de Chir.* 1900. — Publié par Fél. Alcan, édit. à Paris, 1901.

BROCA. — Résection de l'S iliaque par le rectum. Communic. à la Soc. Anat. — In *Progrès Médical*, 1886.

CHALOT. — *Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoires.* — Chez Oct. Doin, édit. Paris, 1900.

CLEVELAND. — The preventin and relief of postopérative intestinal obstruct. — In *Med. Record*, janvier 1901.

Compoint. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales chroniques et de leur traitement par l'anus contre nature. — (*Thèse*, Paris 1897-1898.)

Crespin. — De l'évolution lente du cancer du gros intestin. — *Thèse*, Paris 1894-1895.

Diet. — De l'entéro-anastomose dans les rétrécissements de l'intestin. — *Thèse*, Paris 1894-1895.

Drucbert. — Recherches expérimentales sur l'exclusion avec fermeture totale du gros intestin sans lavages préalables. — In *Echo médical du Nord*, décembre 1900.

Duval. — Traitement chirurgical du cancer du colon pelvien ; indications ; technique opératoire. — *Thèse*, Paris, 1902.

Edmunds. — Two Cases of excision of malignant growth from greath intestine. In *transact. of the Clin. Soc. of London*, 1894. Les suites éloignées dans les *Transact.* de 1897.

Faure. — Communication au Congrès international de Méd. de 1901. Sect. de Chir.

Goullioud. — Communic. au Congrès Français de Chir. 1900.

Goullioud. — Communic. à la Soc. de Chir. de Lyon, 1901 et 1902.

Hahn. — Berlin. med. Gesellsch. — In Berlin. klin. Woch., 1894.

Hochenegg. — Über eine neue typische Form des acuten Darmverschlusses. In Wien. klin. Wochensch., 1897.

Israel. — In Berlin. klin. Wochenschr., 1894.

Lange. — Cancer of the sigmoïd flexure ; excision With colostomy. — In *Transact of the N. Y. Surg. Soc.*, nov. 1892.

Legrand. — Occlusion intestinale, cancer annulaire de l'S iliaque. — In *Bull. Soc. An.*, juillet 1889.

Luys. — Perforation du colon ascendant au cours d'une occlusion intestinale pour cancer de l'S iliaque. In *Bull. Soc. Anat.*, juin 1899.

Marsh. — Midland. méd. soc., 3 mars, in *Lancet*, 1897.

Monprofit. — Communicat. au Congrès français de Chir., 1901, sect. de Chir.

Moyroud. — De l'évacuation immédiate de l'intestin dans la créat. d'un anus iliaque. — *Thèse*, Lyon 1899.

NICOLAYSEN. — Résection de l'S iliaque par voie rectale. — *In Nordiskt. médic. Arkiv.*, 1882.

POLLOSSON (M). — *Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales.* — Edit. chez Baillière et fils, 1883.

POIRIER. — Commun. à la Soc. de Chir. de Paris, déc. 1900 et janvier 1901.

QUENU. — Rapport à la Soc. de Chir., 1900.

SOULIGOUX. — Communic. au Congrès internat. de méd., 1900.

Steffens. — Über mehrfache Laparatomien an denselben Personen. — In Beitrag. z. klin. Chir., 1898.

STUTSGAARD. — Nogle Tillfælde af tarmresektion. — In *Nord. méd. Arkiv.*, 1894.

TERRIER et GOSSET. — Exclusion de l'intestin. — In *Rev. de Chir.*, 1900.

TUTTLE. — Resekt. of sigmoïd flexure for carcinoma — N. Y. Ac. of méd. — In *med. Rec.*, mars, 1898.

VAUTRIN. — *Traitement chirurgical des tumeurs du gros intestin (rectum excepté).* — Congrès de chir., oct. 1897.

TABLE DES MATIÈRES